

- *Aplicación de la Técnica Mölndal en la cicatrización de heridas quirúrgicas agudas e incisiones de drenajes.*
- *Panel de recomendaciones sobre la combinación de apósitos para la cura en ambiente húmedo.*
- *Dermatitis alérgica de contacto en pacientes con úlceras de pierna: Sensibilizaciones emergentes.*
- *Estudio comparativo in vitro de la capacidad de absorción de las espumas hidrocelulares.*

# APLICACIÓN DE LA TÉCNICA MÖLNDAL EN LA CICATRIZACIÓN DE HERIDAS QUIRÚRGICAS AGUDAS E INCISIONES DE DRENAJES

APPLICATION OF MÖLNDAL TECHNIQUE IN HEALING ACUTE SURGICAL WOUNDS AND INCISIONS OF DRAINAGES

**Autores:** Ramón López De los Reyes<sup>1</sup>, Eulalia Vives Rodríguez<sup>1</sup>, José María Rumbo Prieto<sup>2</sup>, Luis Arantón Areosa<sup>3</sup>, Ramón Delgado Fernández<sup>4</sup>, Rocío Sanmartín Castrillón<sup>5</sup>, Matilde Puente Puig<sup>6</sup>.

- 1- Facultativo Especialista Adjunto del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Área Sanitaria de Ferrol.
- 2- Enfermero. Supervisor de Cuidados, Investigación e Innovación. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol.
- 3- Enfermero. Director de Procesos de Enfermería. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol.
- 4- Enfermero. Coordinador de la Consulta de Cura en Ambiente Húmedo. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol.
- 5- Enfermera. Servicio de Cirugía General. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol.
- 6- Enfermera. Área Quirúrgica. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol.

Contacto: [jmrumbo@gmail.com](mailto:jmrumbo@gmail.com)

Recibido: 20 / 01 / 2014  
Aceptado: 24 / 02 / 2014

## RESUMEN:

**Objetivo:** Describir el procedimiento a seguir para una correcta aplicación de la técnica Mölndal, como método de tratamiento electivo, en la cura de heridas quirúrgicas e incisiones de drenajes tras cirugía general.

**Metodología:** Estudio observacional descriptivo de revisión bibliográfica. Diseño de un protocolo sobre la técnica Mölndal descrita por Folestad para aplicación en cirugía general.

**Resultados:** La técnica Mölndal consiste en la aplicación de un apósito de hidrofibra de hidrocoloide fijado con un film de poliuretano que inicialmente se aplica en quirófano tras el cierre de la herida quirúrgica por primera intención. La gran capacidad de absorción y de retención de la hidrofibra permite no tener que levantar la cura hasta un máximo de 7 días desde la intervención, a menos que presente circunstancias adversas como: infección, sobresaturación de la hidrofibra o despegue del film de poliuretano.

**Conclusiones:** La técnica Mölndal es considerada una práctica clínica recomendable por su bajo coste, fácil aplicación y eficacia en la cicatrización de heridas quirúrgicas agudas y en incisiones de drenajes.

**Palabras Clave:** Técnica Mölndal; Apósito de hidrofibra; Herida quirúrgica.

## SUMMARY:

**Objective:** Describe the procedure to follow for a correct application of the Mölndal technique, as a method of elective treatment, in the cure of surgical wounds and incisions of drainages at general surgery.

**Methodology:** Observational study of literature review. Design of a protocol on the Mölndal technique described by Folestad for application in general surgery.

**Results:** Mölndal technique consists in the application of a dressing of hidrofibra hydrocolloid dressing set with a film of polyurethane initially applied in the operating room after the closure of the surgical wound by first intention. The great capacity of absorption and retention of the hydrofibre allows not having to get cure up to a maximum of 7 days since the intervention, unless present adverse circumstances: infection, over-saturation of the hydrofibre or takeoff of polyurethane film.

**Conclusions:** Mölndal technical is considered a clinical practice recommended for its low cost, easy implementation and effectiveness in the healing of acute surgical wounds and incisions of drainages.

**Keywords:** Mölndal technique; Hydrofibre dressing; Surgical wound.

## INTRODUCCIÓN:

Definimos herida quirúrgica aguda como la disrupción de la integridad cutánea, llevada a cabo en ambiente de asepsia, con objetivos terapéuticos y/o reparadores, realizada por personal sanitario, en actos urgentes o programados.

A lo largo de estos años, se han estado introduciendo mejoras en la curación y cuidados de la herida quirúrgica aguda, con el fin de favorecer la cicatrización, prevenir complicaciones (infección, aparición de flictenas,...) y aportar comodidad y autonomía a los pacientes (**Imagen 1**). La literatura científica de hace 20 años ya hacía hincapié en los beneficios del uso de apósitos de cura en ambiente húmedo, frente a los de la cura tradicional (apósitos de gasa o de celulosa absorbente), en el manejo y tratamiento de este tipo de heridas <sup>(1-4)</sup>.



**Imagen 1.** Cura tradicional o en ambiente seco con Povidona yodada. Se observa flictena hemorrágica a la retirada del apósito.

Al mismo tiempo, han ido surgiendo evidencias sobre que no todos los apósitos de cura en ambiente húmedo tienen la misma eficacia y eficiencia en la cicatrización de las heridas postquirúrgicas <sup>(5,6)</sup>. Pioneros fueron los estudios de Foster (1997, 2000) <sup>(7,8)</sup> y Moore (2000) <sup>(9)</sup> sobre coste-eficacia de la utilización de apósitos de hidrofibra de hidrocoloide (Carboximetilcelulosa) en comparación con los de alginato y los apósitos absorbentes convencionales; los cuales abrieron líneas de investigación para ensayar nuevos procedimientos y técnicas, que a su vez aportaron mejores conocimientos para su implementación en la cura de las heridas quirúrgicas tras cirugía.

Fruto de esas investigaciones, surge la técnica Mölndal, descrita por primera vez por Agnetha

Folestad (2002) <sup>(10)</sup> al aplicarla en pacientes sometidos a cirugía ortopédica y traumatológica en los hospitales de Mölndal y Örebro (Suecia). Folestad, utilizó de forma novedosa un apósito de hidrofibra hidrocoloide combinado con un film semipermeable, a modo de apósito secundario y comparó su comportamiento con el uso del apósito adhesivo tradicional con una zona absorbente central de celulosa. La muestra de este estudio clínico randomizado fueron 27 pacientes sometidos a artroplastia total de cadera y 14 de artroplastia de rodilla. El objetivo principal del estudio fue determinar si el nuevo apósito retrasaría y reduciría la frecuencia de los cambios de apósito. Los resultados obtenidos fueron 2,4 cambios en pacientes con apósito de hidrofibra frente a los 6,2 con apósito tradicional, en el caso de cirugía de cadera; y de 2,3 veces frente a los 4,7 en cirugía de rodilla. También hubo diferencias destacables, pero no significativas, en la cantidad de sangre y exudados absorbidos por el apósito, lo que condicionaba los cambios por saturación del mismo; como consecuencia de estos resultados, 60 de los 80 centros sanitarios de cirugía ortopédica y traumatología en Suecia, acabarían implantando como primera opción en la cura de la herida quirúrgica, la que se denominaría como "Técnica Mölndal".

Estudios posteriores, sobre la técnica Mölndal aplicada a heridas quirúrgicas procedentes de distintos tipos de cirugías, consideran esta técnica como una excelente práctica clínica <sup>(11,12)</sup> pese a que todavía no hay una evidencia que apoye su uso exclusivo. Sin embargo, los resultados clínicos observados indican una mejora en la tasa de infección, así como un mayor confort para el paciente, una reducción global de los costes y de la carga de trabajo de enfermería <sup>(13-21)</sup>.

En nuestro entorno, la técnica Mölndal goza de buena aceptación clínica y es utilizada habitualmente en varios hospitales de nuestro país <sup>(22-27)</sup>, generalmente para la curación de heridas quirúrgicas intervenidas por cirugía ortopédica y traumatológica; siendo pocas o escasas, las publicaciones que relacionan su aplicación en otros tipos de cirugía.

En base a los datos expuestos, nos planteamos como objetivo el describir el procedimiento a seguir para una correcta aplicación de la técnica Mölndal, como método de tratamiento electivo, en la cura de heridas quirúrgicas limpias y drena-

jes tras cirugía general (preferentemente cirugía de mama, tiroides y hernias).

## MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional descriptivo de revisión bibliográfica. Diseño de un protocolo sobre la técnica Mölndal descrita por Folestad para aplicación en cirugía general.

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica que incluyó las bases de datos de PubMed, Cuiden Plus y Google Scholar. Los términos de búsqueda fueron: *técnica Mölndal*, *apósito Mölndal*, *apósito de hidrofibra* y *herida quirúrgica*. La estrategia de búsqueda tuvo en cuenta los términos homónimos en idioma inglés y portugués. El periodo de búsqueda se acotó a los últimos 20 años (1994-2014).

Se utilizó como único criterio de selección que los documentos reportados por las bases de datos, hiciesen alusión a la utilización de la técnica Mölndal o se comparasen los apósitos de cura en ambiente húmedo que se utilizan en dicha técnica (hidrofibra de hidrocoloide). La selección documental se realizó por consenso de grupo nominal (panel de expertos entre los autores).

Tras la revisión de los artículos seleccionados se diseñó y redactó, a modo de resultados, el protocolo de aplicación de la técnica Mölndal para heridas quirúrgicas y drenajes en cirugía general.

## RESULTADOS:

### “Protocolo para el Manejo de la Herida Quirúrgica Aguda y sus Drenajes según la Técnica Mölndal”.

#### 1. Objetivo:

Establecer una sistemática de actuación común para la realización de las curas de heridas quirúrgicas agudas y sus drenajes a través de la técnica Mölndal.

La finalidad de utilizar dicha técnica será:

- Evitar complicaciones en el proceso de cicatrización:
  - Prevenir la infección
  - Formación de flictenas en la piel perilesional
  - Maceración.
  - Dehiscencia.

- Optimizar los recursos sanitarios:
  - Mejorar el coste-efectividad.
  - Disminuir el tiempo y carga de trabajo en enfermería.
- Promover el confort en el paciente:
  - Disminución de los cambios de apósitos (menos molestias)
  - Higiene corporal sin limitación debida a la herida quirúrgica.

#### 2. Ámbito de aplicación:

Curación de herida en pacientes intervenidos de cirugía mayor limpia, principalmente cirugía de mama (**Imagen 2**), tiroides y hernias, pudiendo ser extensible a otro tipo de cirugías (ortopédica y traumatológica, obstétrico ginecológica, otorrinolaringología, etc.).

Según criterio clínico también podría ser utilizada en cirugía limpia-contaminada o contaminada, bajo vigilancia estricta.



**Imagen 2.** Preparación del campo quirúrgico con Clorhexidina alcohólica al 2%, en paciente con neoplasia ulcerada de mama.

#### 3. Procedimiento de uso de la Técnica Mölndal:

##### 3.1. Material:

- Campo quirúrgico (Paño estéril)
- Guantes estériles
- Antiséptico (Clorhexidina alcohólica al 2%)
- Suero fisiológico (Solución salina al 0,9%)

- Instrumental estéril (Pinzas, tijeras)
- Compresas de gasa
- Apósito de hidrofibra de hidrocoloide en cinta
- Film transparente de poliuretano
- Producto barrera no irritante (opcional)

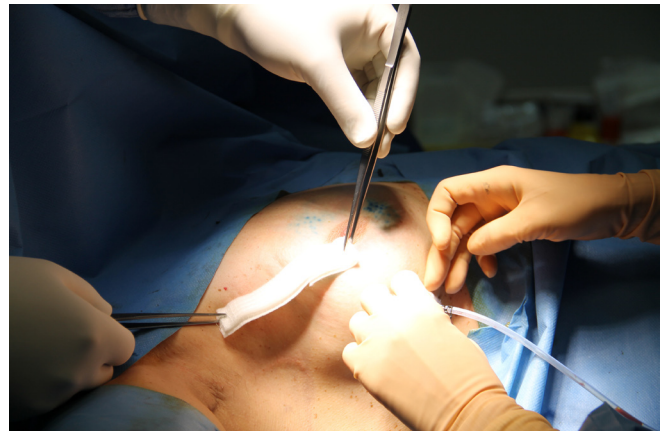
## 3.2. Método:

- 1) La cura debe de realizarse por primera vez en quirófano, con técnica aséptica e inmediatamente después de suturar la herida quirúrgica; cualquier cura sucesiva o cambio de apósito (si se requiriese), tanto en hospitalización como en atención primaria, deben realizarse también con técnica estéril.
- 2) Una vez suturada la herida, lavar con suero fisiológico (**Imagen 3**) y aplicar a continuación clorhexidina alcohólica al 2%, dejando secar al aire, al menos 30 segundos.



**Imagen 3.** Lavado de la herida quirúrgica con suero fisiológico y posteriormente aplicación de clorhexidina alcohólica 2% en piel perilesional en quirófano.

- 3) Utilizar una tira doble de apósito de hidrofibra de hidrocoloide, en cinta, que se colocará sobre la herida quirúrgica, cubriéndola en su totalidad. Debe sobrepasar ligeramente los bordes (**Imagen 4**).
- 4) Como apósito secundario, se utiliza film transparente de poliuretano, que permite el aislamiento de la herida respecto a los agentes externos y al mismo tiempo la inspección y evaluación diaria de la misma (**Imágenes 5 y 6**); previamente debe haberse secado adecuadamente el área perilesional, para garantizar la correcta fijación de los apósitos (en algunos casos puede ser preciso utilizar algún producto barrera no irritante, para mejorar la adhesividad).



**Imagen 4.** Cobertura de la herida quirúrgica con una tira doble de apósito de hidrofibra de hidrocoloide en cinta.



**Imagen 5.** Se cubre con film de poliuretano como apósito secundario.



**Imagen 6.** Aspecto de la cura Mölndal con la hidrofibra de hidrocoloide, y aislamiento con el film de poliuretano.

- 5) En caso de precisar vendaje compresivo, este se realizará de forma externa sobre la cura Mölndal, teniendo especial precaución de no aplicar adhesivos sobre el film de poliuretano, a fin de evitar su retirada precoz.

6) La revisión de la herida se realizará diariamente (sin levantar el apósito), realizando una revisión visual de la zona y palpación suave de toda la trayectoria de la lesión. La gran capacidad de absorción y de retención de la hidrofibra y las propiedades semipermeables del apósito secundario, permiten mantener la cura hasta 7 días, a menos que presente alguna de las siguientes circunstancias:

- a. Film protector despegado.
- b. Fibra de hidrocoloide sobresaturada.
- c. Signos de absceso o infección.

7) La revisión de la herida se hará diariamente, sin levantar el apósito. En condiciones normales, tras 7-10 días la herida debe quedar al aire.

#### 4. Cura Mölndal en cirugía con drenajes.

##### 4.1. Indicación:

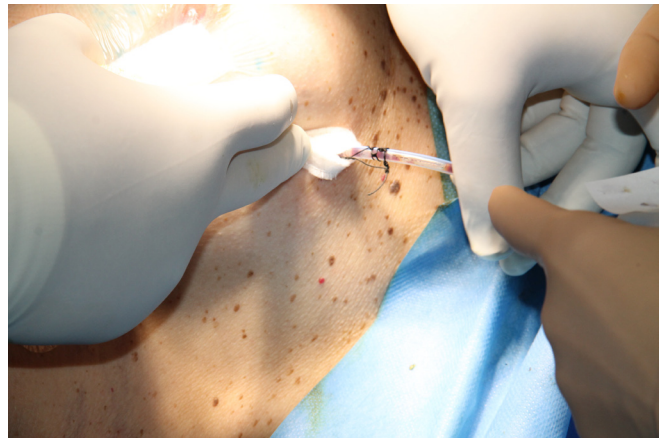
- Drenajes quirúrgicos asociados a la cirugía mayor limpia especificada en este procedimiento.

##### 4.2. Beneficios:

- Prevención de la colonización y la infección en el punto de drenaje.
- Mejora de la fijación y permanencia del drenaje.
- Aumento del confort y seguridad del paciente.

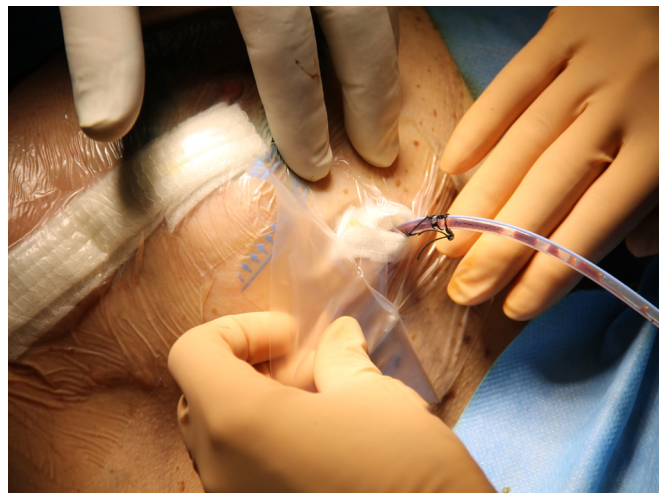
##### 4.3. Preparación:

- a) Al igual que en la herida quirúrgica, la cura debe realizarse por primera vez en quirófano, inmediatamente después de finalizar la intervención.
- b) Limpieza de la zona con suero fisiológico y aplicación de antiséptico (clorhexidina alcohólica al 2%). En curas sucesivas, puede ser recomendable el lavado de zona de inserción con solución jabonosa de clorhexidina, con el fin de descontaminar la zona y eliminar restos de detritus orgánicos que pudiera haber.
- c) Fijar el tubo drenaje, mediante punto de sutura o sistema específico habitual.
- d) Aplicar cinta de hidrofibra de hidrocoloide, rodeando punto de salida del drenaje y el propio tubo de drenaje (**Imagen 7**).



**Imagen 7.** Aplicación del apósito de hidrofibra de hidrocoloide en el punto de incisión, rodeando al tubo de drenaje.

- e) Como apósito secundario, utilizar un apósito de film de poliuretano adhesivo transparente.
- f) Hay que tener especial cuidado, en no superponer el apósito de poliuretano de la herida quirúrgica sobre el del drenaje, ya que la retirada de este último puede ser anterior a la necesidad de realizar la cura de la herida y ello condicionaría tener que retirar ambos, por estar adheridos (**Imagen 8**).



**Imagen 8.** Cobertura con apósito secundario de film de poliuretano (se le aplica un corte con el fin de adaptarlo al tubo de drenaje).

El resultado final (**Imagen 9**), es una cura nada aparatosa, que no precisa ser levantada para valorar su evolución, ya que permite la inspección visual y la palpación de todo el tramo de la herida; además es muy bien tolerada por los pacientes, que comparado con la cura tradicional, ven mejorado su confort y autonomía, ya que permite realizar la higiene, incluso en la ducha.



**Imagen 9.** Aspecto final de la cura Mölndal sobre herida y de drenaje quirúrgico en cirugía de mama.

## DISCUSIÓN

La cura en ambiente húmedo (CAH) tiene como finalidad, mantener la herida en una situación idónea para su correcta cicatrización. La introducción de productos de CAH con eficacia demostrada en la cura de las heridas quirúrgicas agudas, ha permitido realizar avances importantes en el campo de la cirugía mayor, por lo que actualmente, uno de los principales retos clínicos consiste en encontrar el producto más adecuado para la curación de las heridas quirúrgicas en términos no sólo de efectividad, sino también de eficiencia.

La cura de la herida quirúrgica basada en la técnica Mölndal (apósito de hidrofibra hidrocoloide + film transparente de poliuretano) <sup>(10)</sup>, ha sido probada con éxito en cirugía ortopédica y traumatológica <sup>(17-18)</sup>, en cirugía del aparato digestivo <sup>(3,19)</sup> y en cirugía torácica <sup>(21)</sup>; queda aún por ver, si el resto de especialidades quirúrgicas se decanta por la introducción de esta técnica y comprobar su evolución clínica.

Las principales evidencias que hacen de la técnica Mölndal, una práctica clínica recomendable para la curación de heridas quirúrgicas agudas, son la disminución del número de curas y la consiguiente reducción de cargas de trabajo del personal de enfermería, y por asociación, también una reducción significativa de los costes del proceso. Esta disminución en la frecuencia de cambios de apósito se debe a las propiedades de la hidrofibra de hidrocoloide que ha demostrado con evidencias su alto poder de absorción y retención de los fluidos respecto a otros productos CAH, como los alginatos <sup>(14-16)</sup>.

Por otro lado, en la literatura científica hay reflejadas otras ventajas y beneficios que se le atribuyen a técnica Mölndal, como reducción de flictenas, mejora del edema tisular, disminución del hematoma, menor tasa de infección, alivio del dolor y aumento del confort del paciente; sin embargo, debemos ser cautos con estos resultados ya que todavía no se ha podido obtener una evidencia clara al respecto, pues la comparación con otros productos de CAH, ha obtenido resultados similares.

Lo que sí puede recomendarse, es la utilización de la técnica Mölndal como tratamiento de elección en la cicatrización de heridas quirúrgicas por primera elección, por la contrastada experiencia clínica que aparece descrita en la bibliografía <sup>(11,12)</sup>.

Todas las fases del proceso de aplicación de la técnica Mölndal se consideran esenciales para lograr una correcta cicatrización de la herida quirúrgica.

El protocolo expuesto hace hincapié en que la efectividad de la técnica Mölndal en base a nuestra experiencia en condiciones clínicas específicas (cirugía limpia, o limpia-contaminada). Es importantísimo, seguir adecuadamente cada uno de los pasos o fases descritas en este protocolo, así como incidir en realizarla bajo una técnica aséptica estricta; de ahí que el inicio de la cura tenga lugar en el propio quirófano, tras la sutura por primera intención, continuándose las siguientes curas, para cambiar el apósito o retirar el vendaje (si fuese preciso), en condiciones similares de asepsia <sup>(28)</sup>, ya sea en una planta de hospitalización, en un centro de salud o en el domicilio del paciente.

El uso de antibióticos tópicos en la curación de la herida quirúrgica, cerrada por primera intención es muy discutido, por el riesgo de posible absorción, toxicidad, alergia y generación de posibles resistencias microbianas. Controvertido también es el uso sistemático de soluciones antisépticas como prevención postoperatoria de infección en la herida quirúrgica. Decir al respecto, que actualmente, no se dispone de suficiente información y evidencias sobre la utilidad o no, de esta indicación de los antimicrobianos (antisépticos y antibióticos) <sup>(28)</sup>.

En nuestro protocolo, tras el cierre de la herida por primera intención, recomendamos utilizar

suero salino estéril para el lavado de la herida <sup>(28)</sup>, a fin de retirar el exceso de exudado y otros posibles restos; posteriormente, se aplica clorhexidina alcohólica al 2% sobre la piel perilesional, dejándola secar 30 segundos. El uso de este antiséptico solo está indicado la primera vez (en quirófano), ya que en las siguientes curas, es suficiente la limpieza con solución salina estéril <sup>(28)</sup>.

La utilización de la Clorhexidina en solución alcohólica en concentración superior al 0,5% está recomendada como antiséptico de primera elección para desinfectar la piel sana, por el CDC (Centers for Disease Control and Prevention) como Categoría IA <sup>(29)</sup>. También hay estudios que proponen la utilización de la solución de Pronto-san® (0.1 % Undecilnamidopropil betaína y 0.1 % Polihexanida), como alternativa a la descontaminación de la herida tras el cierre quirúrgico <sup>(26)</sup>, pero esta práctica no está todavía avalada por

evidencias concluyentes y puede resultar además, una alternativa más cara.

Para concluir, comentar que la técnica Mölndal, no es un fenómeno pasajero; lleva más de 20 años instaurada en los países nórdicos, con una alta proyección en Europa y EE.UU. y todo parece indicar que lo seguirá siendo en el futuro, ya que se trata de una técnica terapéutica de bajo coste, de fácil aplicación, con una relación coste-eficacia muy interesante y muy cómoda para el paciente, al que además, permite una mayor autonomía.

## 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 procedimiento.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Field C, Kerstein M. Overview of a wound in a moist environment. *Am J Surg.* 1994; 167(Suppl. 1): S2-S6.
2. Hultén L. Dressing for Surgical Wounds. *Am J Surg.* 1994; 167(Suppl. 1): S42-S45.
3. Holm C, Petersen JS, Gronboek F, Gottrup F. Effects of occlusive and conventional gauze dressings on incisional healing after abdominal operation. *Eur J Surg* 1998; 164: 179-83. [Access 14/01/2014]. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1080/110241598750004616/pdf>
4. Watret L, White R. Surgical Wound Management: the role of dressings. *Nurs Stand.* 2001; 15(44): 59-62.
5. Dumville JC, Walter CJ, Sharp CA, Page T. Dressing for prevention of surgical site infection (Review). *Cochrane Data base Syst Rev.* 2011; 6(7): CD003091. [Access 14/01/2014]. Available at: [http://www.researchgate.net/publication/51473273\\_Dressings\\_for\\_the\\_prevention\\_of\\_surgical\\_site\\_infection/file/9fcfd50b6b59494a82.pdf](http://www.researchgate.net/publication/51473273_Dressings_for_the_prevention_of_surgical_site_infection/file/9fcfd50b6b59494a82.pdf)
6. Walter CJ, Dumville JC, Sharp CA, Page T. Systematic review and meta-analysis of wound dressings in the prevention of surgical-site infections in surgical wounds healing by primary intention. *Br J Surg.* 2012; 99(9): 1185-94. [Access 14/01/2014]. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bjs.8812/pdf>
7. Foster L, Moore P. The application of a cellulose-based fibre dressing in surgical wounds. *J Wound Care.* 1997; 6(10): 469-73.
8. Foster L, Moore P, Clarke S. A comparison of hydrofibre and alginate dressing on open surgical wounds. *J Wound Care.* 2000; 9(9): 442-5.
9. Moore PJ, Foster L. Cost benefits of two dressings in the management of surgical wounds. *Br J Nurs.* 2000; 9(17): 1128-32.
10. Folestad A. The management of wounds following orthopaedic surgery: the Mölndal Dressing. *Orthopaedic Product News.* March/April 2002. Cited for: Thomas E. *Surgical Dressings and Wound Management.* Cardiff (South Wales): Medetec Publications; 2010. p. 271-9.
11. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Surgical Site Infection. Prevention and treatment of surgical site infection. NICE ClinicalGuideline 74. London: NICE; 2008. [Access 14/01/2014]. Available at: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg74/resources/guidance-surgical-site-infection-pdf>
12. Central West Community Care Access Centre (CWCCAC). Case Management Guidelines for Ordering Wound Care: Closed Surgical Wounds. In: CWCCAC. *Wound Care Guidelines.* Brampton (Ontario, Canada): CWCCAC; 2012. p. 15. [Access 14/01/2014]. Available at: [http://healthsci.queensu.ca/assets/NSG\\_Simlab/Old\\_Assets/cw\\_ccac\\_wc\\_wcmp\\_full\\_guide.17dec09\\_5.pdf](http://healthsci.queensu.ca/assets/NSG_Simlab/Old_Assets/cw_ccac_wc_wcmp_full_guide.17dec09_5.pdf)
13. Harle S, Korhonen A, Kettunen JA, Seitsalo S. A Randomised clinical trial of two different wound dressing materials for hip replacement patients. *J OrthopNurs.* 2005; 9(4): 205-10. [Access 14/01/2014]. Available at: [http://www.jbiconnect.org/connect/tools/rapid/intervention/inter\\_rap.cfm?int\\_id=777](http://www.jbiconnect.org/connect/tools/rapid/intervention/inter_rap.cfm?int_id=777)

14. Ravenscroft MJ, et al. A prospective, randomised, controlled trial comparing wound dressings used in hip and knee surgery: Aquacel and Tegaderm versus Cutiplast. *Ann R CollSurg Engl*. [on line] 2006; 88: 18-22. [Access 14/01/2014]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1963649/pdf/rcse8801-018.pdf>
15. Abuzakuk TM, Coward P, Shenava Y, Kumar VS, Skinner JA. The management of wounds following primary lower limb arthroplastic: a prospective, randomized study comparing hydrofiber and central pad dressing. *Int Wound J*. 2006; 3(2): 133-7. [Access 14/01/2014]. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-4801.2006.00189.x/pdf>
16. Ravnskong FA, Espehaug B, Indrekvam K. Randomised clinical trial comparing Hydrofiber and alginate dressing post-hip replacement. *J Wound Care*. 2011; 20(3): 136-42. [Access 14/01/2014]. Available at: [http://nrlweb.ihelse.net/Forskning/Publicasjoner/Art\\_JWound\\_Ravnskog\\_RandomizedClinical\\_2011.pdf](http://nrlweb.ihelse.net/Forskning/Publicasjoner/Art_JWound_Ravnskog_RandomizedClinical_2011.pdf)
17. Braekeveld P. de Mölndal-verbandtechniek: implementatie van een innovatief wondverband N.A.V. het klinisch zorgpad totale heupprothese. *WCS Nieuws*. 2007; 23(3): 13-8. [Access 14/01/2014]. Available at: [http://www.wcs.nl/wondwiki/wiki.html?tx\\_rkwiki\\_pi1%5Bdownload%5D=716\\_WCS-2007-3-03-Mölndal-verbandtechniek.pdf&chash=547a31ac443a620bbad3fbf60c904b87](http://www.wcs.nl/wondwiki/wiki.html?tx_rkwiki_pi1%5Bdownload%5D=716_WCS-2007-3-03-Mölndal-verbandtechniek.pdf&chash=547a31ac443a620bbad3fbf60c904b87)
18. Marinovic M, Cicvaric T, Grzalja n, Bacic G, Radovic E. Application of Wound Dressing Mölndal Technique in Clean and Potentially Contaminated Postoperative Wounds-Initial Comparative Study. *CollAntropol*. [on line] 2011; 35 (suppl 2): 103-6. [Access 14/01/2014]. Available at: <http://hrcak.srce.hr/file/107535>
19. Marinovic M, Cicvaric T, Juretic I, Grzalja n, Medved I, Ahel J. Application of Wound Closure Mölndal Technique after Laparoscopic Cholecystectomy-Initial Comparative Study. *CollAntropol*. [on line] 2010; 34 (suppl 2): 243-5. [Access 14/01/2014]. Available at: <http://hrcak.srce.hr/file/79073>
20. Emmerson S, Kinninmonth A, McGowan M, Graham K. Preliminary results reporting a reduction in post-operative blistering using a modified Mölndal dressing technique in a Glasgow Hospital. [Poster Abstract]. 15th Conference of the European Wound Management Association (EWMA), European Tissue Repair Society (ETRS) and German Society for Wound Healing and Wound Care (DGfW). Stuttgart (Germany), 14-17 September 2005. *ZfW (Zeitschrift für Wundheilung)*; Sonderheft 2: 6. [Access 14/01/2014]. Available at: [http://ewma.org/fileadmin/user\\_upload/EWMA/pdf/conference\\_abstracts/2005/Poster/Poster\\_161-180.pdf](http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/conference_abstracts/2005/Poster/Poster_161-180.pdf)
21. Valente M, Patricio A, Sousa A, Brilhante F. The Mölndal technique: a comparative assessment. [Poster abstract]. In: 18th Conference of the European Wound Management Association (EWMA), Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (APT Feridas) and Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF). Lisbon (Portugal); 14-16 May 2008. [Access 14/01/2014]. Available at: [http://ewma.org/fileadmin/user\\_upload/EWMA/pdf/conference\\_abstracts/2008/poster/P194.pdf](http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/conference_abstracts/2008/poster/P194.pdf)
22. Blesa-Pons MA, Martínez-La Torre MI, García-Fores P, Abellán-Lucas S, García-Chenoll A, Carrillo de Albornoz-Bernabeu G. Cuidado de las heridas tras la cirugía ortopédica y traumatológica con la técnica Mölndal. *Enfermería Integral*. 2008; 84: 45-7. [Accesso 14/01/2014]. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/84/REVISTA-EI-84.pdf>
23. Faura T, Gonçalves MJ, Martín J, Soler G, Nicolau A, Ballel AM, Valencia MJ, et al. Aplicación de la Técnica Mölndal en la cura de la herida quirúrgica de PTR. Comparación cura seca vs cura húmeda (Aquacel®). *Avances Traum*. 2008; 38(2): 80-4.
24. Valero-Bravo N, Felipe-Sánchez AM, Granero-Ñíguez M, Guillem-Gisbert J, Benito-Mirallas A, Muñoz-Lagunas E, Maldonado-Lozano E, Muñoz-Esquembre S. Técnica Mölndal: Cura de elección en herida secundaria a cirugía ortopédica o traumatológica. [comunicación]. En: 26ª Jornadas Nacionales de Enfermería en Traumatología y Cirugía Ortopédica (JENCOT). Ibiza (Islas Baleares), 19-21 Mayo 2010. [Acceso 14/01/2014]. Disponible en: <http://www.jencot.org/congresos/26cot/descargas/comunicaciones/265-OA2.pdf>
25. Calabrés-González P, Beltrán-Cano S, Ferré-Boronat A, González-Carvalho S, Mancebo-Santos D, Martos-Calahorra R, Navarro-Ariño M, Ortiz-De Pinedo L, Callau-Samarra L, González-Pachón P. Resultados de la implantación de la técnica Mölndal en una Unidad de Cirugía Torácica. [comunicación]. En: libro de comunicaciones: 44º Congreso Nacional de la Sociedad de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Oviedo (Asturias), 17-20 junio: SEPAR; 2011. p. 74. [Acceso 14/01/2014]. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/es/pdf/90025137/S300/>
26. Saavedra CR, Ortega B, González JJ, Díaz T. Evolución de la herida quirúrgica en cirugía ortopédica, según aplicación de la técnica Mölndal. [comunicación]. 8º Congreso Nacional de Enfermería Quirúrgica (AEEQ). Gijón (Asturias), 16-18 noviembre 2011. [Acceso 14/01/2014]. Disponible en: <http://www.aeeq.net/congresos/8AEEQ/descargas/comunicaciones/pdf/117.pdf>
27. Viela-Garro A, Fernández-Chueca J, Belzunce-Alonso P, Eraso-Laral. Aplicación de la técnica Mölndal en PTR. *Infotrauma*. 2012; (20):32-4.
28. Solá-Arnau I, Alonso-Coello P, coordinadores. Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2010. p. 59-61. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Nº 2007/24. [Acceso 14/01/2014]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_478\\_Seguridad\\_Paciente\\_AIAQS\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_478_Seguridad_Paciente_AIAQS_compl.pdf)
29. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Patchen Dellinger E, Garland J, Herar SO, Lipsett PA, et al. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. USA: CDC-Departament of Health and Human Services; 2011. [Access 14/01/2014]. Available at: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>

# PANEL DE RECOMENDACIONES SOBRE LA COMBINACIÓN DE APÓSITOS PARA LA CURA EN AMBIENTE HÚMEDO

RECOMMENDATIONS PANEL ON THE COMBINATION OF DRESSINGS FOR HEALING IN MOIST ENVIRONMENT

**Autores:** Ramón Delgado Fernández<sup>1</sup>, María José Borrego Caro<sup>2</sup>, María Jesús Díaz Rey<sup>3</sup>

1. Enfermero. Coordinador de la Consulta de Cura en Ambiente Húmedo. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol.
2. Enfermera. C.S. Fontenla Maristany. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol.
3. Enfermera. C.S. Narón. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol.

**Contacto:** [ramon.delgado.fernandez@sergas.es](mailto:ramon.delgado.fernandez@sergas.es)

Recibido: 03 / 11 / 2013  
Aceptado: 12 / 01 / 2014

## RESUMEN

El nuevo catálogo de productos para cura en ambiente húmedo disponible en Galicia, consta de 31 apósitos de distintas familias de productos, que frecuentemente son utilizados conjuntamente, combinándose entre sí.

Para garantizar que dichas combinaciones sean adecuadas, hemos aplicado la técnica de búsqueda de consenso en el grupo nominal, para diseñar un póster y un algoritmo de decisión sencillo, en el que se establece la idoneidad de uso de todas las combinaciones posibles de los apósitos del catálogo, estableciendo 4 niveles de decisión (combinación “adecuada”, “adecuada pero existen otras alternativas”, “generalmente inadecuada” e “inadecuada”)

Todos estos resultados y recomendaciones de uso combinado, se plasman en el poster gráfico que se difunde a toda el Área Sanitaria, facilitando su implementación por parte de los profesionales, por lo que contribuye a garantizar la adecuada utilización de los apósitos del catálogo.

**Palabras Clave:** herida, apósito, ambiente húmedo, cicatrización, catálogo.

## ABSTRACT

*The new catalog of products to healing in moist environment available in Galicia consists of 31 dressings from different families of products, which are often used together, combined between if.*

*To ensure that such combinations are appropriate, we have applied the technique of search for consensus in the nominal group, to design a poster and a simple decision algorithm, in the*

*establishing the appropriateness of use of all possible combinations of the dressings of the catalog, considering 4 levels of decision (combination “adequate”, “adequate but there are other alternatives,” “generally inappropriate “ and “inappropriate”)*

*All these results and recommendations of combined use are reflected in the graphic poster that is disseminated to all the Health Area, facilitating their implementation on the part of the professionals, by helping to ensure the proper use of the dressings of the catalog.*

**Keywords:** wound, dressing, moist environment, healing, catalog.

## INTRODUCCIÓN

La cura en ambiente húmedo <sup>(1-3)</sup> ofrece mejores resultados en el tratamiento de heridas y a un coste menor, que la cura tradicional. La unificación de criterios y establecimiento de líneas de actuación comunes, derivan en mejores resultados <sup>(3-9)</sup>.

Desde el mes de Septiembre de 2011 en la Comunidad Autónoma de Galicia se ha introducido un nuevo catálogo de productos para la cura en ambiente húmedo que consta de 31 apósitos de distintas familias de productos (**Figura 1**).

Dado que se incorporan nuevos productos y algunos apósitos han cambiado con respecto al catálogo anterior, se establece un plan formativo específico para todo el personal asistencial, con el fin de optimizar y racionalizar la utilización de estos productos, tanto en prevención, como en tratamiento del deterioro de la integridad cutánea y tisular.

Las características de la heridas <sup>(10-15)</sup>, como exposición a presión, cizalla, fricción, o humedad, el nivel de exudado, olor, cavitación, estado de la piel perilesional, presencia o no, de tejido necrótico y sus características, entre otras circunstancias van a ser determinantes a la hora de indicar los materiales idóneos para el tratamiento de esa lesión. Por ello es indispensable:

- Conocer las características de cada apósito o producto destinado tanto a la prevención, como a la cura de heridas.
- Saber identificar los signos que aparecen en las heridas, así como los tipos de tejido y características específicas que pueden encontrarse.
- Tener conciencia de que se debe individualizar el tratamiento de cada herida en función de las características y circunstancias del paciente.
- Valorar la herida en cada cura para detectar los cambios producidos y establecer con rigor tanto la frecuencia de las curas, como que productos debemos utilizar.

Con el nuevo catálogo disponemos de apósitos con diversas formas, materiales y propiedades: Mallas, apósitos con carbón, hidrofibras, alginatos, hidrocoloides, espumas hidropoliméricas e hidrocelulares, o apósitos que combinan en uno solo, algunas de las tecnologías anteriores.

Es frecuente que los profesionales recurran a la utilización conjunta de varios productos <sup>(13)</sup> para tratar una misma herida, aunque no siempre los estén combinando adecuadamente, por lo que urge determinar cuáles serían susceptibles de poder ser utilizados conjuntamente y cuáles no pueden combinarse entre sí (algunas combinaciones usadas no son lógicas, ni adecuadas).

Para abordar este problema, se distribuyen los 31 apósitos del catálogo en dos grupos específicos:

1. Apósitos Primarios: Aquellos cuya superficie entra en contacto íntimo con el lecho de la lesión.
2. Apósitos Secundarios: Aquellos cuya estructura aísla la herida del exterior, estableciendo una barrera semipermeable o impermeable.

Si bien cualquiera de los 31 apósitos del catálogo del SERGAS puede actuar como apósito primario, sólo algunos tienen la película impermea-

ble que condicionaría no poder ser combinado con otro producto que también la posea.

Por lo que nos planteamos como objetivo, establecer las posibles combinaciones (idoneidad de uso), entre los distintos apósitos del catálogo para cura en ambiente húmedo del SERGAS, como medio para poder garantizar un uso adecuado de los mismos.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de revisión bibliográfica en las principales bases de datos, sobre características y uso adecuado de los apósitos y revisión de la ficha técnica de cada uno de los apósitos del catálogo de cura en ambiente húmedo del SERGAS.

Diseño y elaboración de un póster y algoritmo de decisión sencillo, aplicando la técnica de búsqueda de consenso en el grupo nominal, tras la identificación de las propiedades que condicionan el posible uso combinado de los diferentes apósitos del catálogo.

## RESULTADOS

Se divide el total de apósitos, en función de sus características en SECUNDARIOS y PRIMARIOS, para de este modo correlacionarlos (técnica de grupo nominal) entre ellos en base a su posible combinación con cada uno de los del otro grupo (los primarios, con los secundarios), dando lugar a una tabla de 19 x 12, en la que las posibilidades de análisis serán considerar ADECUADA o INADECUADA cada una de estas combinaciones atendiendo a la naturaleza del producto y a la subjetividad tanto de la indicación como de la experiencia de uso. Los 4 niveles de decisión, que se identifican con pictogramas de una mano, se reflejan a continuación:

- Combinación adecuada. Pueden usarse conjuntamente.
- Combinación adecuada, pero existe otra alternativa más adecuada.
- Combinación generalmente inadecuada, pero debe valorarse cada situación particular.
- Combinación inadecuada; no deben usarse conjuntamente esos productos.

El 71,9% de las combinaciones se establecieron por unanimidad. Dos de los apósitos secunda-

# Catálogo de productos Cura en ambiente húmedo

Servizo Galego de Saúde  
Asistencia Sanitaria

Imaxe	Nome comercial Medidas Custo unidade	Características	ALXINATO		HIDROXILES		CARBÓN		NON ADHESIVAS		ESPUJMAS DE POLIURETANO ADHESIVAS		COMBINADOS					
			Alta adhesión de esudado. Retén esudado e mantén a humidade no leito da ferida. Efecto hemostático. Colocar sen sobrepasar dos bordos da ferida. Favorecen o desbridamento.	Colocar sen sobrepasar dos bordos da ferida. Favorecen o desbridamento.	Indicado en feridas infectadas. Debe humectarse se hai pouco esudado. Controla o cheiro bacteriana.	Alta adhesión de esudado. Retén esudado e mantén a humidade no leito da ferida. Efecto hemostático. Colocar sen sobrepasar dos bordos da ferida. Favorecen o desbridamento.	Colocar sen sobrepasar dos bordos da ferida. Favorecen o desbridamento.	Alta adhesión de esudado. Retén esudado e mantén a humidade no leito da ferida. Efecto hemostático. Colocar sen sobrepasar dos bordos da ferida. Favorecen o desbridamento.	Alta adhesión de esudado. Retén esudado e mantén a humidade no leito da ferida. Efecto hemostático. Colocar sen sobrepasar dos bordos da ferida. Favorecen o desbridamento.	Alta adhesión de esudado. Retén esudado e mantén a humidade no leito da ferida. Efecto hemostático. Colocar sen sobrepasar dos bordos da ferida. Favorecen o desbridamento.	Alta adhesión de esudado. Retén esudado e mantén a humidade no leito da ferida. Efecto hemostático. Colocar sen sobrepasar dos bordos da ferida. Favorecen o desbridamento.	Alta adhesión de esudado. Retén esudado e mantén a humidade no leito da ferida. Efecto hemostático. Colocar sen sobrepasar dos bordos da ferida. Favorecen o desbridamento.	Alta adhesión de esudado. Retén esudado e mantén a humidade no leito da ferida. Efecto hemostático. Colocar sen sobrepasar dos bordos da ferida. Favorecen o desbridamento.	Alta adhesión de esudado. Retén esudado e mantén a humidade no leito da ferida. Efecto hemostático. Colocar sen sobrepasar dos bordos da ferida. Favorecen o desbridamento.	Alta adhesión de esudado. Retén esudado e mantén a humidade no leito da ferida. Efecto hemostático. Colocar sen sobrepasar dos bordos da ferida. Favorecen o desbridamento.			
	Algisite M 10 x 10 2 €		025653	025655	Hydrosohb Gel 15 gr. 1,80 €	Hydrosohb Gel 15 gr. 1,80 €	Adisorb 10,5 x 10,5 3,21 €	Askina Foam 10 x 10 1,31 €	Alleskin Non Adhesive 15 x 15 4,44 €	Allevyn 4,94 €	Transderm Foam Adhesive 9 x 9 1,50 €	Transderm Foam Adhesive 22,2 x 19 5,30 €	Transderm Foam Adhesive 14,3 x 15,6 2,14 €	Transderm Foam Adhesive 22,2 x 19 5,30 €	Mepilex Border 10 x 10 2,00 €	Mepilex Border 15 x 15 4,41 €	Verava XC 14 x 14 3,78 €	Tielle Xtra 15 x 15 3,61 €
			025657	025661	Vanishesive Gel Control Sacro 2,70 €	Vanishesive Gel Control 10 x 10 1,19 €	Adisorb 10,5 x 10,5 3,21 €	Askina Foam 10 x 10 1,31 €	Alleskin Non Adhesive 15 x 15 4,44 €	Allevyn 4,94 €	Transderm Foam Adhesive 9 x 9 1,50 €	Transderm Foam Adhesive 22,2 x 19 5,30 €	Transderm Foam Adhesive 14,3 x 15,6 2,14 €	Transderm Foam Adhesive 22,2 x 19 5,30 €	Mepilex Border 10 x 10 2,00 €	Mepilex Border 15 x 15 4,41 €	Verava XC 14 x 14 3,78 €	Tielle Xtra 15 x 15 3,61 €
			025657	025661	Vanishesive Gel Control Sacro 2,70 €	Vanishesive Gel Control 10 x 10 1,19 €	Adisorb 10,5 x 10,5 3,21 €	Askina Foam 10 x 10 1,31 €	Alleskin Non Adhesive 15 x 15 4,44 €	Allevyn 4,94 €	Transderm Foam Adhesive 9 x 9 1,50 €	Transderm Foam Adhesive 22,2 x 19 5,30 €	Transderm Foam Adhesive 14,3 x 15,6 2,14 €	Transderm Foam Adhesive 22,2 x 19 5,30 €	Mepilex Border 10 x 10 2,00 €	Mepilex Border 15 x 15 4,41 €	Verava XC 14 x 14 3,78 €	Tielle Xtra 15 x 15 3,61 €
			025657	025661	Vanishesive Gel Control Sacro 2,70 €	Vanishesive Gel Control 10 x 10 1,19 €	Adisorb 10,5 x 10,5 3,21 €	Askina Foam 10 x 10 1,31 €	Alleskin Non Adhesive 15 x 15 4,44 €	Allevyn 4,94 €	Transderm Foam Adhesive 9 x 9 1,50 €	Transderm Foam Adhesive 22,2 x 19 5,30 €	Transderm Foam Adhesive 14,3 x 15,6 2,14 €	Transderm Foam Adhesive 22,2 x 19 5,30 €	Mepilex Border 10 x 10 2,00 €	Mepilex Border 15 x 15 4,41 €	Verava XC 14 x 14 3,78 €	Tielle Xtra 15 x 15 3,61 €

**Tipo de tecido no leito da ferida**

- Necrótico
- Epitelial
- Esfacelar
- C. Crítica / Infección
- Granulación
- Integro / Eritema

**Limite de días de permanencia**

- Puede recomarse
- Precisa de secundario
- Cantidad de esudado
- Precisa sujeción
- Non pode
- Non ten

Imaxe	Nome comercial Medidas Custo unidade	Características	HIDROCOLOIDE FINO		HIDROCOLOIDES		FIBRAS COLOIDES		MALLAS ou INTERFASES		PRATAS		BIOACTIVO		Inhibidor MPM	
			Protección da pel en zonas de rozamento ou fricción. Favorecen a cicatrización e controlan a exudación e o cheiro. Non aplicar directamente en contacto con entumecidas, úlceras, miasmas ou tendóns. Non utilizar en feridas con infección bacteriana, sifilis ou micoplasma.	Favorecen o desbridamento, a cicatrización e o control da exudación e o cheiro. Non aplicar directamente en contacto con entumecidas, úlceras, miasmas ou tendóns. Non utilizar en feridas con infección bacteriana, sifilis ou micoplasma.	Alta adhesión e retención do esudado. Mantéñen a humidade na lesión. Podense usar en feridas infectadas (minimizan o risco de bacteriana no leito da ferida). En cavidades, enchér ata o 75% do volume, nas demais feridas colocar sobrepostos polo menos a 1/3 cm de pel íntegra. Efecto hemostático.	Alta adhesión e retención do esudado. Mantéñen a humidade na lesión. Podense usar en feridas infectadas (minimizan o risco de bacteriana no leito da ferida). En cavidades, enchér ata o 75% do volume, nas demais feridas colocar sobrepostos polo menos a 1/3 cm de pel íntegra. Efecto hemostático.	Favorecen o desbridamento, a cicatrización e o control da exudación e o cheiro. Non aplicar directamente en contacto con entumecidas, úlceras, miasmas ou tendóns. Non utilizar en feridas con infección bacteriana, sifilis ou micoplasma.	Favorecen o desbridamento, a cicatrización e o control da exudación e o cheiro. Non aplicar directamente en contacto con entumecidas, úlceras, miasmas ou tendóns. Non utilizar en feridas con infección bacteriana, sifilis ou micoplasma.	Non interfere con outros tratamentos de cicatrización e o control da exudación e o cheiro. Non utilizar en feridas infectadas. Retención Magnética Nuclear. Non se deben empregar conantibióticos, ou produtos enzimáticos (pataxinas).	Non interfere con outros tratamentos de cicatrización e o control da exudación e o cheiro. Non utilizar en feridas infectadas. Retención Magnética Nuclear. Non se deben empregar conantibióticos, ou produtos enzimáticos (pataxinas).	En cavidades, enchér ata o 75%. Deben utilizarse só en feridas infectadas ou crónicamente colonizadas. Reavellar a súa superficie e aplicar un apósito antibiótico. Enmascarar a dor e mal olor ao reducir a carga bacteriana.	En cavidades, enchér ata o 75%. Deben utilizarse só en feridas infectadas ou crónicamente colonizadas. Reavellar a súa superficie e aplicar un apósito antibiótico. Enmascarar a dor e mal olor ao reducir a carga bacteriana.	Deben utilizarse só en feridas infectadas ou crónicamente colonizadas. Reavellar a súa superficie e aplicar un apósito antibiótico. Enmascarar a dor e mal olor ao reducir a carga bacteriana.	Deben utilizarse só en feridas infectadas ou crónicamente colonizadas. Reavellar a súa superficie e aplicar un apósito antibiótico. Enmascarar a dor e mal olor ao reducir a carga bacteriana.	Utilizar só en feridas con espexidade de al menos 4 mm. Non utilizar en feridas infectadas ou crónicamente colonizadas. Non utilizar en feridas infectadas (desaparece na lesión).	Utilizar só en feridas con espexidade de al menos 4 mm. Non utilizar en feridas infectadas ou crónicamente colonizadas. Non utilizar en feridas infectadas (desaparece na lesión).
	Vanishesive Extrefino 2,10 €		025665	025668	Amazcel 10 x 10 2,61 €	Amazcel 10 x 10 2,61 €	Amazcel 10 x 10 2,61 €	Urethel 10 x 10 0,97 €	Amazcel Ag 15 x 15 5,83 €	Amazcel Ag 15 x 15 5,83 €	Mepilex Border Ag 15 x 15 4,41 €	Tielle 15 x 15 2,80 €	Pranogram 6,5 x 9,5 6,43 €	025664	025665	
	Vanishesive Extrefino 2,10 €		025665	025668	Amazcel 10 x 10 2,61 €	Amazcel 10 x 10 2,61 €	Amazcel 10 x 10 2,61 €	Urethel 10 x 10 0,97 €	Amazcel Ag 15 x 15 5,83 €	Amazcel Ag 15 x 15 5,83 €	Mepilex Border Ag 15 x 15 4,41 €	Tielle 15 x 15 2,80 €	Pranogram 6,5 x 9,5 6,43 €	025664	025665	
	Vanishesive Extrefino 2,10 €		025665	025668	Amazcel 10 x 10 2,61 €	Amazcel 10 x 10 2,61 €	Amazcel 10 x 10 2,61 €	Urethel 10 x 10 0,97 €	Amazcel Ag 15 x 15 5,83 €	Amazcel Ag 15 x 15 5,83 €	Mepilex Border Ag 15 x 15 4,41 €	Tielle 15 x 15 2,80 €	Pranogram 6,5 x 9,5 6,43 €	025664	025665	
	Vanishesive Extrefino 2,10 €		025665	025668	Amazcel 10 x 10 2,61 €	Amazcel 10 x 10 2,61 €	Amazcel 10 x 10 2,61 €	Urethel 10 x 10 0,97 €	Amazcel Ag 15 x 15 5,83 €	Amazcel Ag 15 x 15 5,83 €	Mepilex Border Ag 15 x 15 4,41 €	Tielle 15 x 15 2,80 €	Pranogram 6,5 x 9,5 6,43 €	025664	025665	

Consulta CAH

Apósitos secundarios			Apósitos primarios												
			Fibra			Fibra con plata		Malla		Malla con plata	Carbon	Lib. Iones	Inh. MMPs	Hidrogel Amorfo	
			Algisite M	Aquacel	Aquacel cinta	Aquacel AG	Aquacel AG cinta	Urgotul	Mepitel One	Urgotul Plata	Actisorb Plus	Trionic	Promogran	Hydrosorb Gel	
Hidrogel placa	Hydrosorb Comfort		👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎
Hidrocoloide fino	Hydrocoll Thin		👍	👍	👍	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👍	👎	👍	
	Varihesive extrafino		👍*	👍*	👍	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👍	👎	👍	
Hidrocoloide	Varihesive Gel control		👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👍	
	Varihesive Gel control		👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👍	
	Varihesive Gel control		👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👍	
Espuma no adhesiva	Askina Foam		👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	Allevyn n/adhesive		👍*	👍*	👍	👍	👍	👍*	👍*	👍	👍	👍	👍	👍	
	Allevyn Heel		👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
Espuma adhesiva	Tegaderm Foam adhesive		👍	👍	👍	👍	👍	👍*	👍*	👍	👍	👍	👍	👍	
	Tegaderm Foam adhesive		👍*	👍*	👍	👍*	👍	👍*	👍*	👍*	👍	👍	👍	👍	
	Tegaderm Foam adhesive		👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
	Tielle Heel Plus		👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	
Espuma Baja Adherencia	Mepilex		👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	
	Mepilex Border		👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	
	Mepilex Border Sacrum		👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	
Espuma con plata	Mepilex Border AG		👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	
Combinado adhesivo	Versiva XC		👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	
Combinado No adhesivo	Tielle Xtra		👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	👎	

	Es una combinación <b>adecuada</b>
	Es una combinación adecuada, pero hay una <b>alternativa</b> idonea
	Generalmente es una combinación <b>inadecuada</b> , pero debe valorarse por la situación particular
	Es <b>inadecuada</b> , debe descartarse el uso conjunto de los productos
Cualquier otra combinación que no aparezca reflejada debe considerarse <b>inadecuada</b>	

Figura 2

rios se definen como NO combinables y otros 7 se establecen como combinables con todos los apósitos primarios.

En el 28,1% de las situaciones, no hubo unanimidad, por lo que la decisión sobre la posible combinación, se tomó por consenso dentro del grupo nominal

Una vez elaborado el póster (**Figura 2**) con el algoritmo de decisión, se incorporó en los cursos de formación continuada en deterioro de la integridad cutánea y tisular de la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol y se distribuyó a todo el personal asistencial (unidades de enfermería de hospitalización y centros de salud de atención primaria), para su conocimiento e implementación.

## CONCLUSIONES

Algunas de las situaciones y condiciones particulares de cada caso/paciente podrían determinar que haya que considerar adecuadas ciertas combinaciones

que en otras situaciones no serían lógicas; por ello se deben analizar concienzudamente cada caso.

Aunque la máxima: “Generalmente un único apósito secundario es más que suficiente”, sería importante estudiar comparativamente, las mejoras reales que se obtienen al utilizar una combinación, contra el uso individual de un solo apósito secundario o incluso ante la elección de otro secundario u otra combinación diferentes.

El hecho de que estos resultados se hayan plasmado como recomendaciones de uso en un poster gráfico y que este se haya difundido a toda el Área Sanitaria de Ferrol, facilitan su buena aceptación y su implementación, por lo que ha contribuido a mejorar la utilización de los apósitos.

## 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 panel.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Delgado R, Pérez A, Rodríguez FJ, Carregal L, Gonzalez R, Souto E, García N, Fontenla LM, Ananín C. Manual de Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión. Santiago de Compostela: Servizo Galego de Saúde. Xunta de Galicia; 2005.
2. Rueda López, J, Armans, E, Arantón Areosa, L. Principios de la cura en ambiente húmedo. Madrid: SPA; 2008.
3. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión. Logroño: GNEAUPP; 2003.
4. Romeo S, García RS, Lacida M, Pérez RM, (coordinadores). Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2007
5. Tomás Vidal AMª (coordinadora). Prevención y tratamiento de las úlceras por presión (Guía de práctica clínica). Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. Servei de Salut; 2007.
6. Arantón Areosa L, Beaskoetxea Gómez P, Bermejo Martínez M, Capillas Pérez R, García Collado F, Segovia Gómez T, et al. Guía Práctica Ilustrada: Tratamiento de Heridas. Madrid: Edimsa; 2008.
7. Sánchez Lorente MªM (coordinadora). Guía de práctica clínica de enfermería: prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2008.
8. Arantón Areosa, L; Bermejo Martínez, M; Manzanero López, E; Salvador Morán MJ; Segovia Gómez, T. Guía Práctica Ilustrada: Úlceras por presión. Ed MAYO, 2010. Madrid.
9. Avilés MJ, Sánchez MM, (coord.). Guía de Práctica Clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Valencia: Generalitat valenciana. Conselleria de Sanitat, 2012.
10. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
11. Instituto Joanna Briggs. Lesiones por presión 1ª parte: prevención de las lesiones por presión. Best Practice 1997; 1(1):1-6
12. Instituto Joanna Briggs. Lesiones por presión 2ª parte: Manejo de los Tejidos Dañados por la Presión. Best Practice 1997; 1(2):1-6
13. Villar Rojas AE, Villar Hernández AR, Díaz Mateos M. Descripción de una nueva combinación de técnicas para el desbridamiento de heridas crónicas. Gerokomos [online]. 2010; 21(1):44-7.(consulta: 15/09/2013). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2010000100007>
14. Palomar Llatas F, Fornes Pujalte B, Muñoz Mañez V, Lucha Fernández V, Díez Fornes P, Chover E, Granell Hernandez E, et al. Protección contra la humedad en pacientes incontinentes encamados. Enferm Dermatol. 2009; 3(7): 14-9.
15. Rumbo Prieto JM, coordinador. Cuidados y Registros de Enfermería en la Prevención y Tratamiento del Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular. Madrid: DAE, SL; 2011.

# DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO EN PACIENTES CON ÚLCERAS DE PIERNA: SENSIBILIZACIONES EMERGENTES

ALLERGIC CONTACT DERMATITIS IN PATIENTS WITH LEG ULCERS: EMERGING SENSITIVITIES

**Autores:** Concepción Sierra Talamantes, Violeta Zaragoza Ninet, Begoña Fornes Pujalte, Federico Palomar Llatas

Enfermeras/os Área de la Piel. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

**Contacto:** [malacu@ono.com](mailto:malacu@ono.com)

Recibido: 16 / 12 / 2013  
Aceptado: 14 / 02 / 2014

## RESUMEN

A menudo, los pacientes con úlceras de piernas desarrollan reacciones de alergia de contacto relacionadas con los productos tópicos utilizados para su tratamiento. El objetivo de este estudio fue identificar los alérgenos más habituales en nuestra área (Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, España), realizando un análisis especial sobre las sensibilizaciones emergentes relacionadas con los nuevos productos introducidos en los últimos años.

Se realizó un estudio retrospectivo sobre 59 pacientes con úlceras de piernas. Los pacientes fueron explorados con pruebas del parche mediante la batería estándar GEIDAC (MartiTor®) y la batería de úlceras de piernas (MartiTor®) y de forma adicional, se testaron productos propios (tal cual) utilizados en el tratamiento de la úlcera.

El 72% de los pacientes presentó pruebas del parche positivas y el 77% de ellos estaba polisensibilizado. El alérgeno más relevante fue el Bálsamo del Perú (69%), seguido por los excipientes (60%), antibióticos (37%), fragancias (37%) y antisépticos (18%). Las sensibilizaciones debidas a productos propios del paciente (30%) más relevante fueron los cicatrizantes (7%) y las vendas elásticas (7%).

La elevada frecuencia de sensibilizaciones nos lleva a reflexionar sobre la conveniencia de la exploración con pruebas del parche. Las evaluaciones sistemáticas de alérgenos ayudan a identificar y evitar los contactantes más relevantes.

**Palabras clave:** úlcera de piernas, sensibilización, alérgeno, dermatitis alérgica de contacto.

## ABSTRACT

*Patients with leg ulcers often developed contact allergic reactions to topical products used to their wounds treatment. The objective of this study was to identify the allergens that commonly cause allergic sensitization in our area (Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, España), with a special analysis about new sensitizations related on modern wound care products introduced in the last years.*

*A retrospective study (2003-2012) of 59 patients with present leg ulcers. Patients were performed with a screening patch tests of 58 contact allergens series and sometime we also tested suspect own patients care wound products.*

*Positive reactions were observed in 72% patients and 77% of them had involved on multiple sensitizations. The most relevant groups of sensitizers were: Baum of Peru (69%), topical excipients (60%), antibiotics (37%), fragrances (37%) and antiseptic (18%). Relevant sensitizers related with suspect product patient (30%) were: healings products (7%) and elastic bands (7%).*

*High frequency of polysensitizations lead us to thinking about to consider the convenience patch testing on patients with chronic leg ulcers. Temporary reviews will enable us to identify and avoid the most relevant allergens.*

**Key words:** leg ulcer, sensitization, allergen, allergic contact dermatitis.

## INTRODUCCIÓN

La resolución de las úlceras de miembros inferiores es un proceso que suele alargarse en el tiempo y, en numerosas ocasiones, con gran tendencia a recidivar. Su prevalencia, en España se sitúa en torno al 0,15 %. Dicha prevalencia guarda una relación directa con la edad, de forma que en personas con edad entre 40 - 60 años se sitúa entre el 0,2% - 2,5% y en pacientes con edades superiores a los 80 años entre el 2,1% y el 10% <sup>(1, 2)</sup>. Estas cifras muestran valores algo superiores a los estudios realizados en Europa, situados entre el 1 - 7% para pacientes mayores de 65 años <sup>(3)</sup>.

La cronicidad de esta patología favorece la aplicación de diferentes productos, sobre una piel alterada, inflamada y con la permeabilidad aumentada, lo que facilita su penetración. Esta exposición repetitiva unida a factores ambientales relacionados con el tratamiento de la propia úlcera (humedad, oclusión, maceración) favorecen la aparición de sensibilizaciones y el desarrollo de dermatitis alérgica de contacto a alguno/os de los componentes de los productos utilizados para su resolución <sup>(4, 5)</sup>.

La prevalencia de pacientes con úlceras de piernas afectados de dermatitis alérgica de contacto aumenta cuando el tiempo de evolución de la úlcera es mayor y cuando existe eczema en piel perilesional y oscila, según la bibliografía, entre el 40% y el 80% <sup>(5 - 10)</sup> aunque en España hay muy pocos estudios sobre el tema, tal vez debido a la carencia y/o la dificultad de coordinar Departamentos Especializados en Úlceras y Departamentos especializados en Alergia de Contacto.

Los alérgenos implicados dependen de los productos utilizados en las curas, de la disponibilidad de los mismos, de las costumbres locales y de los avances de la industria farmacéutica. Por estos motivos los alérgenos sensibilizantes implicados en este proceso evolucionan en el tiempo y a los alérgenos clásicos ampliamente conocidos (Bálsamo del Perú, Alcoholes de lana etc.), debemos incorporar alérgenos emergentes (aceLERantes de la goma, hidrogeles etc.) procedentes de los nuevos productos incorporados para el tratamiento de las úlceras <sup>(9,10)</sup>.

La repercusión pronóstica y terapéutica ante el desarrollo de una dermatitis alérgica de contacto plantea un retraso en la curación de la úlcera, la reducción de las posibilidades terapéuticas y la

posibilidad de desarrollar una dermatitis de contacto sistémica <sup>(11)</sup>.

## OBJETIVOS

El objetivo de este estudio fue identificar la prevalencia de los alérgenos más habituales en pacientes con úlceras de piernas en nuestra área (Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. España), realizando un análisis especial sobre las sensibilizaciones emergentes, y su relevancia, relacionadas con los nuevos productos introducidos en los últimos años, por la industria farmacéutica para el tratamiento de úlceras.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Descripción del estudio

Estudio retrospectivo referido a los últimos 10 años (2003-2012) sobre pacientes con úlceras de piernas activas con eczema periuLceral o generalizado y/o evolución tórpida. Todos fueron asistidos en el Servicio de Dermatología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia y explorados con pruebas epicutáneas de alergia (Patch test). El tamaño de la muestra a estudio quedó establecido en 59 pacientes.

### Variables a estudio

Sexo, Edad, Etiología de la úlcera, Tiempo de evolución de la úlcera y Clínica asociada

Exploración con pruebas epicutáneas (patchtesting)

Los pacientes fueron explorados con un grupo de rastreo compuesto de los siguientes alérgenos (Tabla 1):

- Periodo 2003 - 2009: Batería estándar GEI-DAC (Grupo Español de Investigación de Dermatitis Alérgica de Contacto) y baterías de conservantes, antisépticos y antibióticos (MartiTor®).
- Periodo 2009 - 2013: Batería estándar GEI-DAC, batería de úlceras de piernas y productos completos utilizados habitualmente en la Unidad de úlceras del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (MartiTor®).
- En algunos casos, de forma adicional, se testaron productos sospechosos utilizados en el tratamiento de las úlceras y relacionados clí-

**Tabla 1: ALÉRGENOS DE RASTREO**

## BATERÍA DE ÚLCERAS

- Ácido sórbico 2%
- Alcohol etilestearílico 20%
- Amerchol L-101 50%
- Bacitracina 20%
- Benzalconio cloruro 0,1%
- Benzoilo peróxido 1%
- Betametasonavalerato 0,12%
- Brea de pino 3%
- Butilhidroxitolueno 2%
- Carboximetilcelulosa 2%
- Cloramfenicol 10%
- Clorhexidinadiguconato 0,5%
- Cloroacetamida 0,2%
- Clorocresol 1%
- Diazolidinil urea (Germall II) 2%
- Eosina 50%
- Fenilmercurio acetato 0,05%
- Gentamicina sulfato 20%
- Hidrocortisona-17-butilato 0,1%
- Imidazolidinil urea (Germall 115) 2%
- Nitrofurazona 1%
- Plata nitrato 1%
- Polimixina B sulfato 3%
- Propilenglicol 20%
- Propolis 10%
- Sodio fusidato 2%
- Sorbitansesquioleato 20%
- Triamcinolonaacetónido 0,1%
- Trietanolamina 2,5%
  
- Batería estándar GEIDAC

## PRODUCTOS COMPLETOS

- Mepentol aceite
- Corpitol aceite
- Iruxol mono pomada
- Povidona iodada 10% vaselina
- Purilon hidrogel
- Jaloplast crema

nicamente con la aparición de dermatitis, así como los componentes de los mismos cuando su disponibilidad era posible.

Del mismo modo se testaron series de alérgenos adicionales (Perfumes, Corticoides, Anestésicos locales y Fotoparche), en determinados pacientes, cuando se consideró pertinente para establecer un diagnóstico específico diferenciado.

Las pruebas del parche se realizaron siguiendo las recomendaciones del International Contact Dermatitis Research Group. Los alérgenos fueron preparados en Finn Chambers y protegidos con tela adhesiva hipoalérgica. La lectura se realizó a las 48 y 96 horas como mínimo, dado que algunos alérgenos, en ocasiones de reconocida reactividad retardada (neomicina, corticoides...) presentaron lectura dudosa a las 96 horas y precisaron lecturas más dilatadas en el tiempo <sup>(12, 13)</sup>.

## RESULTADOS

Se estudiaron 59 pacientes de los cuales 33 (61%) eran mujeres y 26 (39%) eran hombres. La edad media de los pacientes fue de 70,4 años con un rango entre 35 - 93 años, agrupados en los siguientes grupos de edad:

- Menos de 40 años: 2 pacientes (3%)
- Entre 40 - 60 años: 6 pacientes (10%)
- Más de 60 años: 51 pacientes (86%)

**Tabla 2. VARIABLES RELACIONADAS CON LA ÚLCERA**

(nº de pacientes)

### Etiología de la úlcera:

- Venosa: ..... 50
- Traumática: ..... 5
- Arterial: ..... 4

### Tiempo de evolución de la úlcera:

- Menos de 1 año: ..... 16
- Entre 1-10 años: ..... 37
- Más de 10 años: ..... 6

### Clínica asociada:

- Eczema de piernas: ..... 39
- Eczema generalizado: ..... 11
- Úlcera tórpida: ..... 8
- Eczema fotodistribuido: .... 1

Los resultados de las variables etiología de la úlcera, tiempo de evolución de la úlcera y clínica asociada se muestran en la Tabla 2.

Sobre los 59 pacientes explorados, un 28% (16 pacientes) no presentó ningún tipo de sensibilización y un 72% (43 pacientes) presentó pruebas del parche positivas. El 23% estaba sensibilizado a un solo alérgeno y el 77% estaban polisensibilizados y de estos el 25% presentó sensibilizaciones a 5 ó más alérgenos; el promedio de sensibilizaciones por paciente se situó en torno a 2 - 3 (2,7) parches positivos (Figura 1).

Los resultados sobre el número de polisensibilizaciones se muestran en la Tabla 3.

En nuestra investigación, no hemos podido estudiar la relación entre la polisensibilización y el tiempo de evolución de la úlcera, pues al tratarse de un estudio retrospectivo, este dato no estaba reflejado en un número significativo de pacientes

Los resultados acerca de la frecuencia de los alérgenos estudiados (parches) positivos se muestra en la Tabla 4.

**Tabla 3: FRECUENCIA DE SENSIBILIZACIONES**

Nº Alérgenos	Nº pacientes	%
1 alérgeno	10	23%
2 alérgenos	7	16%
3 alérgenos	4	9%
4 alérgenos	12	27%
5 ó más alérgenos	11	25%

Con respecto a los 142 parches positivos remarcar que tan sólo el 14% de los parches correspondientes a 3 alérgenos (Níquel sulfato: 8 pacientes, Cobalto cloruro: 2 pacientes y Parafenilendiamina: 3 pacientes) no tenían relevancia significativa relacionada con el tratamiento recibido por las úlceras de piernas, siendo el 83% restante (36 pacientes) de relevancia presente y significativa para su patología y tratamiento.

En cuanto a los productos sospechosos de sensibilización relacionados, bajo orientación del paciente, con la aparición de dermatitis o em-

**Figura 1.** Prueba del parche, con batería de alérgenos y sensibilizaciones



**Tabla 4. FRECUENCIA DE PARCHES POSITIVOS**

Total de parches positivos: .....	142 parches	
Total de parches correspondientes a la batería estándar: .....	83 parches	(58%)
Total de parches correspondientes a baterías complementarias: .....	59 parches	(42%)
Total de parches correspondientes a la batería de úlceras:.....	35 parches	(24%)
Total de parches correspondientes a la batería de perfumes: .....	14 parches	(9%)
Total de parches correspondientes a la batería de antisépticos:.....	9 parches	(6%)
Total de parches correspondientes a la batería de antibióticos: .....	6 parches	(4%)

peoramiento de la úlcera se realizaron test a un total de 20 pacientes con productos propios. En general correspondían a productos denominados de última generación en el tratamiento de úlceras, debiendo resaltar que en muchos casos no disponíamos de todos los componentes del producto, motivo por el cual se optó por parchar el producto completo, tal cual, y en caso de positividad testar los componentes con disponibilidad en el mercado. Del total de 20 pacientes testados con productos propios, 7 pacientes dieron resultado negativo y 13 positivos (30%).

### ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La tasa de sensibilización de nuestros pacientes (72%) y la alta polisensibilización encontrada (77%) es muy similar a la que muestran otros estudios realizados en los últimos 10 años. A continuación mostramos un análisis pormenorizado de los resultados de las sensibilizaciones más relevantes.

### BÁLSAMO DEL PERÚ

El alérgeno más relevante, tanto con relevancia presente como pasada, fue el Bálsamo del Perú (69%: 30pacientes). En nuestro estudio presentó una frecuencia muy superior a la mostrada en los últimos estudios realizados durante los últimos años tanto en Europa, donde la frecuencia de sensibilización se sitúa entre el 25 - 40%<sup>(8, 10, 14)</sup>, como en América<sup>(5, 15, 16)</sup>, dónde oscila entre 10 - 15%.

En el análisis de esta altísima sensibilización al Bálsamo del Perú, en nuestro entorno geográfico, coincidimos en nuestras reflexiones con las observaciones de Machet et al.<sup>(10)</sup> y Reichert-Penetrat et al.<sup>(8)</sup> sobre el uso, tan extendido en nuestro país, de gasas impregnadas con vaselina y Bálsamo del Perú (Linitul®) en pacientes con úlceras debido, seguramente, al desconocimiento del alto poder sensibilizante de este producto en este tipo de pacientes. Por otra parte la alta sensibilización a este producto y su reconocido potencial como marcador de sensibilización a perfumes (positivo aproximadamente en el 50% de los casos de alergia a fragancias) nos ha conducido a testar la serie complementaria de fragancias con la finalidad de identificar, en la medida de lo posible, la fragancia responsable y facilitar al paciente información menos restrictiva con relación a las fragancias contenidas en medicamentos tópicos<sup>(17)</sup>.

### EXCIPIENTES

Tal como se ha demostrado en diversos estudios<sup>(11, 12, 18, 19)</sup>, la mayoría de las veces, son los excipientes y no los principios activos los responsables de la dermatitis, dado que estas sustancias son vehículos utilizados por la industria farmacéutica tanto como biocidas como antioxidantes. Aunque su concentración en productos tópicos suele estar por debajo del umbral con poder sensibilizante, resulta un hecho constatable con los resultados obtenidos, 63% de sensibilizaciones (27 pacientes), tanto en nuestro estudio como en la bibliografía consultada (son elementos sensibilizantes muy relevantes para el diagnóstico de alergia de contacto en el tratamiento de úlceras). Los resultados de las sensibilizaciones correspondientes al grupo de excipientes se muestran en la Tabla 5.

En nuestro estudio los excipientes más relevantes fueron las lanolinas con un 23% de relevancia presente y significativa para la mitad de los pacientes estudiados. En este grupo hemos asociado los productos derivados de la grasa de la lana de la oveja, esto es: Lanolina, Alcoholes de lana, Amerchol L-101 y Alcohol cetilestearílico. La prevalencia de nuestros resultados se sitúa en rangos similares (14% - 23%) a estudios realizados en la última década<sup>(5, 10, 16)</sup> y aunque su incidencia se ha reducido algo en los últimos años<sup>(10)</sup> todavía son niveles que se mantienen altos de manera estable. Esta significativa estabilidad, seguramente obedece a la llamada paradoja de la Lanolina dado que la baja incidencia de sensibilización de este producto en pieles normales y sus buenas propiedades como emoliente favorece su uso cotidiano tanto para la hidratación cutánea como para la elaboración de fórmulas magistrales, sin tener en cuenta que su frecuencia de sensibilización es media para los pacientes atópicos y alta en pacientes con úlceras<sup>(16, 20)</sup>.

El Propilenglicol es el segundo excipiente significativo con un 16% de incidencia y de relevancia presente en todos los casos. Las buenas propiedades como humectante, de este producto, hacen que sea utilizado en numerosos compuestos de la industria farmacéutica (corticoides tópicos, hidrogeles, geles conductores, lubricantes íntimos etc.) y en los últimos años se han encontrado sensibilizaciones en productos de última generación para el tratamiento de úlceras, atribuible a la presencia de este excipiente y no al principio activo en sí mismo<sup>(10,11)</sup> tal como ve-

**Tabla 5. FRECUENCIA DE ALÉRGENOS EXCIPIENTES**

Nº pacientes: 27 (63%)

Excipiente y Nº pacientes sensibilizados

Propilenglicol: .....	7
Amerchol:.....	5
Alcoholes de Lana:.....	4
Sorbitansesquioleato:.....	3
Formaldehído:.....	2
Benzoilo peróxido:.....	2
Alcohol cetilestearílico:.....	1
Benzalconio cloruro:.....	1
Parabenos:.....	1
Clorocresol:.....	1
Quaternium:.....	151
Kathon CG:.....	1

remos al analizar las sensibilizaciones debidas a productos sospechosos propios del paciente.

## ANTIBIÓTICOS

El grupo de los alérgenos antibióticos mostró sensibilización para el 37% de los pacientes positivos (16 pacientes); los resultados pormenorizados se muestran en la Tabla 6. Todos los pacientes, excepto uno, estaban polisensibilizados a 3 o más alérgenos; la tercera parte de los pacientes (33%) presentó sensibilización a 2 o más antibióticos. Los alérgenos más relevantes fueron Cloramfenicol, Nitrofurazona y Neomicina sulfato con un 12% de prevalencia seguidos por Gentamicina sulfato (7%) y Polimixina B sulfato con un 6% de prevalencia.

En el análisis de los resultados hay que distinguir que las sensibilizaciones debidas al Cloramfenicol han ido descendiendo progresivamente en los últimos años.

Los resultados de sensibilizaciones a Neomicina sulfato de nuestro estudio muestran valores parejos a los encontrados en estudios similares tanto en Europa <sup>(10)</sup> como en América <sup>(5)</sup>, debemos resaltar que de los 5 pacientes sensibilizados a Neomicina, 2 de ellos presentaban también sensibilización a Gentamicina y otro a Bacitracina, posiblemente debido a una reacción cruzada por su estructura química similar.

La posibilidad de desarrollar reacciones sistémicas al administrar el antibiótico por vía oral, hace

**Tabla 6. FRECUENCIA DE ALÉRGENOS ANTIBIÓTICOS**

Nº pacientes: 16 (37%),

ANTIBIÓTICOS y Nº pacientes sensibilizados

Cloramfenicol.....	5
Nitrofurazona.....	5
Neomicina sulf.....	5
Gentamicina sulf.....	4
Polimixina B sulf.....	3
Bacitracina.....	1
Sulfanilamida.....	1
Ac. Fusídico,.....	1

que reflexionemos sobre el uso indiscriminado de antibióticos tópicos, sobretudo Neomicina y Aminoclosidos en pacientes con úlceras de pierna. Por otra parte hay que destacar que la sensibilización a Nitrofurazona se ha mantenido estable a lo largo de los años <sup>(19)</sup> y continúa siendo en la actualidad, uno de los antibióticos responsable de Dermatitis alérgicas de contacto (DAC) más frecuente en nuestro medio, seguramente debido al extendido uso de este antibiótico, como pomada de botiquín, para el tratamiento de quemaduras. Destacar, en los últimos años, la emergencia del ácido fusídico como sensibilizante.

## FRAGANCIAS O PERFUMES

Con relación al grupo de alérgenos de fragancias, mostraron sensibilización el 37% de los pacientes positivos (16 pacientes). Nuestros valores muestran cifras muy superiores a estudios similares actuales (14 - 21%), posiblemente por el elevado grado de sensibilización en nuestro medio al Bálsamo del Perú, entre cuyos componentes se encuentran algunos de los perfumes más relevantes de nuestro estudio como es el caso del Isoeugenol <sup>(21)</sup>.

Los alérgenos perfumes más relevantes fueron Geraniol e Isoeugenol ambos de elevado poder sensibilizante. En pacientes con úlceras, la vía de sensibilización más habitual es a través de antisépticos y pomadas, puesto que los perfumes son utilizados por la industria farmacéutica para eliminar o disimular el desagradable olor de determinados principios. Los resultados de las sensibilizaciones correspondientes al grupo de perfumes se muestran en la Tabla 7.

**Tabla 7. FRECUENCIA DE ALÉRGENOS FRAGANCIAS**

Nº pacientes: 16 (37%)  
FRAGANCIAS y Nº pacientes sensibilizados

Geraniol 1% .....	6
Isoeugenol 1% .....	4
Musgo de encina abs. 1% .....	1
Brea de pino 3%.....	1
Citronelal 0,5% .....	1
Bencilcinamato 5% .....	1
Bencilo salicilato 1%.....	1

**ANTISÉPTICOS**

Aunque el uso y el beneficio de antisépticos en pacientes con úlceras de piernas es un tema controvertido la tasa de sensibilización encontrada en nuestro estudio (30%), nos conduce a reflexionar sobre el abuso indiscriminado de los mismos en nuestro medio, cuando deberían ser reservados sólo para aquellos procesos de la cura en los que estarían indicados (colonización, desbridamiento cortante...) (22). Los resultados de las sensibilizaciones correspondientes al grupo de antisépticos se muestran en la Tabla 8.

En los alérgenos antisépticos el grupo más relevante es el de los antisépticos iodados (18%), posiblemente por el aumento, en las últimas décadas, de su consumo cotidiano tanto en el ámbito sanitario como en el familiar, tras abandonar el uso de la tradicional merbromina (19). Resulta una tarea árdua comparar los resultados de este grupo de alérgenos con otros estudios similares realizados durante la última década, tan sólo los análisis realizados por Machet et al. (10) y por Reich-Schupke et al (23) en sus series de alérgenos de úlceras adicionales nos permiten contrastar resultados.

Hemos comparado los resultados obtenidos por Machet sobre Betadine crema® (7,5%) y clorhexidinadigluconato (4%), a los obtenidos en nuestra serie con la povidona iodada (11%) y clorhexidina digluconato (4%); sin embargo nuestros resultados son más similares a los obtenidos por Reich-Schupke, que se sitúan en torno al 15-16% para las sensibilizaciones a povidona iodada, aunque en su análisis no parecen distinguir entre las sensibilizaciones al yodo y las secundarias a la povidona iodada. Con respecto a la sensibilización a povidona iodada nosotros si realizamos (a diferencia de las investigaciones de Reich-Schupke),

los últimos 5 años Prueba Abierta (ROAT) para este producto cuando el parche era positivo a las 96 horas, siendo el resultado negativo en todos los casos estudiados.

Aunque no deberíamos, en estos casos, considerar los resultados de la povidona iodada como dermatitis alérgica de contacto, coincidimos en nuestras reflexiones con otros autores (23,24) al considerar que el uso de povidona iodada con oclusión, debería ser evitado, dado que la irritabilidad en estas condiciones podría perjudicar la progresión hacia la resolución de la úlcera.

**Tabla 8. FRECUENCIA DE ALÉRGENOS ANTISÉPTICOS**

Nº pacientes: 13 (30%)  
ANTISÉPTICOS y Nº pacientes sensibilizados

<b>IODADOS .....</b>	<b>8</b>
<b>Povidona iodada 10% .....</b>	<b>5</b>
<b>Yodo 0,5%.....</b>	<b>3</b>
Clorhexidinadigluconato 0,5% .....	2
Timerosal 0,1%.....	2
Eosina 50% .....	1
Etanol 70%.....	1
Benzalconio cloruro 0,1% .....	1

**ANESTÉSICOS LOCALES**

El uso de los anestésicos locales se ha incrementado en los últimos años en los pacientes con úlceras de piernas debido al uso de preparados con lidocaína y prilocaína (EMLA®) para disminuir el dolor local, durante el desbridamiento de las úlceras. Aunque otros autores han encontrado en sus investigaciones sensibilizaciones a estos anésticos (25, 26) nosotros sólo hemos encontrado en nuestro grupo de estudio, 4 sensibilizaciones a causa de la mezcla de "caínas" de relevancia pasada y no significativa, siendo todas atribuidas a la benzocaína y relacionadas con el uso de anestésicos locales para el tratamiento de hemorroides.

**PRODUCTOS DE CAUCHO**

Tres pacientes (7%) presentaron parches positivos para la mezcla de Tiuram (7%) y uno de ellos también mostró sensibilización para el Mercaptobenzotiazol (2%) utilizado en la industria del caucho como acelerante. En todos los casos

la sensibilización era de relevancia presente y significativa, relacionada con el uso de vendas elásticas que utilizaban los pacientes en el tratamiento de sus úlceras. La tasa de sensibilización de nuestros resultados (7%) nos sitúa entre los estudios realizados por Tavadia et al. (11%), Barbaud et al. (4,25%), Machet et al (2 - 3%). Aunque nosotros también hemos encontrado sensibilizaciones muy bajas a mezclas de carbas o mercapto (2%), como ha ocurrido en otros estudios (7, 8, 10, 22), es necesario resaltar que nuestra muestra a estudio es mucho más pequeña que la de los estudios mencionados anteriormente y no podemos establecer comparaciones; sin embargo, debemos resaltar que todos pacientes sensibilizados referían intolerancia a las vendas elásticas.

### CORTICOIDES

Aunque en nuestro estudio tan sólo un paciente mostró sensibilización de relevancia presente a Budesonide, es conveniente resaltar que en nuestra práctica habitual seguimos como protocolo de actuación, parchar la batería adicional de corticoides, aunque tan sólo hallemos en las exploraciones rutinarias un marcador de sensibilización a los mismos.

El aumento de la prevalencia de sensibilización a corticoides en pacientes con úlceras crónicas

se sitúa en torno al 8%, frente al 0,4 - 6% de la población general, debido sobre todo al uso de los mismos por sus propiedades antiinflamatorias. Todo ello nos obliga a determinar qué corticoides puede utilizar el paciente y cuales debe evitar dependiendo del grupo al que está sensibilizado (27 - 29).

### PRODUCTOS PROPIOS DEL PACIENTE

Con respecto a los resultados obtenidos a los parches realizados con productos propios del paciente, los productos más relevantes fueron los cicatrizantes (7%) y las vendas elásticas (7%). Los resultados de las sensibilizaciones correspondientes al grupo de productos propios del paciente se muestran en la Tabla 9.

En los productos cicatrizantes estudiados, todos contenían como principio activo el ácido hialurónico, sin embargo en ninguno de los casos fue este el responsable de la sensibilización, sino alguno de los excipientes que contenía el producto, siendo la sensibilización atribuible al uso de perfumes y/o a la presencia de propilenglicol en el mismo.

El otro grupo de productos significativo fue el relacionado con aquellos cuyo principio activo principal eran ácidos grasos hiperoxigenados pero la imposibilidad hasta la fecha de conseguir todos

**Tabla 9: SENSIBILIZACIONES DEBIDAS A PRODUCTOS PROPIOS DEL PACIENTE**

Nº pacientes: 13 (30%)

PRODUCTO	Nº Pac	ALÉRGENO RELACIONADO
Cicatrizante: Ácido hialurónico + excipientes (Jaloplast crema®)	3	Propilenglicol : 1 paciente Perfume: 1 paciente Propilenglicol + perfume: 1 paciente
Venda elástica	3	Tiuram mix
Hidrogel: Carboximetilcelulosa + pectina (Varihesive®)	2	Propilenglicol
Beclometasona propionato + excipientes (Menaderm crema®)	1	Propilenglicol
Apósito de foam + plata (Biatain Ag®)	1	Poliuretano hidrofílico (foam)
Acidos grasos hiperoxigenados + plantas (Mepentol aceite®)	1	Desconocido
Acidos grasos hiperoxigenados + vit E + perfume (Corpitol aceite®)	1	Desconocido
Colagenasa: Clostridiopeptidasa + enzimas proteolíticos (Irujol mono®)	1	Desconocido

los componentes de los dos productos testados, sólo nos ha permitido realizar parches con alguno de los componentes asociados (vitamina E y perfumes), siendo los resultados negativos, aunque el parche con el producto completo fuera positivo, por lo que desconocemos el origen de la sensibilización.

En cuanto a las vendas elásticas queremos resaltar que las vendas propias de los 3 pacientes fueron testadas mediante test de uso, siendo el resultado positivo en todos los casos. Es importante decir que las sensibilizaciones, en nuestro ámbito, han ido aumentando en los últimos años, seguramente, por el uso cada vez más extendido de vendas elásticas y productos no libres de látex; en estos casos sería recomendable el uso de vendas carentes de productos elásticos del tipo Pütterbinde® (100% algodón), ya que la protección de la piel con gasas o vendas de algodón puede ser insuficiente, sobretodo en casos con abundante exudado ulceral, donde la compresión resulta imprescindible.

Sobre las sensibilizaciones a hidrogeles, en los dos pacientes con reacción positiva, el responsable fue un excipiente, en este caso propilenglicol, tal como ha ocurrido con el análisis de sensibilizaciones a hidrogeles de otros estudios (Gallenkemper, Tavadia, Machet, Reich-Schupke).

En relación a sensibilizaciones a colagenasa y apósitos especializados, debemos decir que en nuestro estudio tan sólo han presentado reacciones positivas el 2% de los pacientes (un solo paciente en cada caso). En el análisis de la sensibilización a colagenasa no podemos ofrecer más información que la sensibilización al producto en su totalidad, pues hasta la fecha estamos a la espera de recibir los componentes del producto solicitado al laboratorio responsable, para proseguir con nuestra investigación. Con respecto a los apósitos especializados debemos señalar que el apósito estudiado estaba constituido por foam de poliuretano hidrofílico más plata en forma iónica, en este caso si pudimos testar el producto integro (con reacción positiva) y el foam de poliuretano y la plata por separado. El resultado del test fue negativo para la plata y positivo para el foam.

En nuestro estudio no hemos encontrado sensibilizaciones a hidrocoloides, ni a alginatos, tal como ha ocurrido en otros estudios realizados últimamente y aunque nuestra muestra es bastante más pequeña que la de otras investigacio-

nes <sup>(5, 7, 9, 22)</sup>, debemos remarcar que aunque si hemos testado ambos productos cuando habían sido utilizados por el paciente, en todos los casos el resultado fue negativo.

### CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos con nuestra investigación confirman la relevancia de la sensibilización en pacientes con úlceras de piernas. Su elevada frecuencia y el alto número de polisensibilizaciones nos llevan a reflexionar sobre la necesidad de explorar a estos pacientes, no solo cuando clínicamente se objete la presencia de eczema y la sospecha de dermatitis alérgica de contacto, sino también cuando el proceso resolutivo de la úlcera se torne tórpido y se alargue en el tiempo.

La exploración con pruebas del parche se debe realizar utilizando baterías de alérgenos específicas para pacientes con úlceras y siempre que sea posible testar los productos propios del paciente <sup>(30)</sup>.

Para fomentar la prevención de DAC iatrogénicas es imprescindible conocer la composición detallada de los preparados que se utilizan y disponer de todos sus componentes, tanto principios activos, como excipientes. Por otra parte deberíamos limitar el uso de aquellos productos que contengan los sensibilizantes detectados con mayor frecuencia como el Bálsamo del Perú, ya que se dispone de otras alternativas en productos antiadherentes; de igual manera con las fragancias, sobre todo en aquellos pacientes con factores de riesgo conocidos para desarrollar una dermatitis de contacto <sup>(10, 11, 26)</sup>. Por otra parte resulta un hecho constatable el protagonismo creciente del Propilenglicol, debido sobre todo a su presencia en hidrogeles, en hidrocoloides y en productos cicatrizantes <sup>(7, 9, 11, 23, 26)</sup>.

Sin duda en los últimos años la oferta de la industria farmacéutica especializada en el tratamiento de úlceras ha incorporado nuevos productos que han permitido mejorar la calidad de la asistencia (acelerar la cicatrización, mantener la humedad, disminuir el dolor...) y aunque en muchas ocasiones, estos productos vienen etiquetados como hipoalérgicos, frecuentemente carecen de estudios específicos de sensibilización realizados con rigor científico.

Por otra parte la escasez de estudios internacionales especializados y la práctica inexistencia de estos a nivel nacional, derivan en que todavía

resulte una incógnita conocer la repercusión real que los denominados “productos de última generación” tendrán en la etiología de las DAC, en pacientes con úlceras <sup>(11, 23, 26)</sup>.

Se hace necesario realizar reevaluaciones sistémicas de alérgenos en pacientes con úlceras, cada 5 - 10 años, tanto para identificar los alérgenos más relevantes, como los emergentes, con la finalidad de evitar los contactantes con

mayor tasa de sensibilización y a su vez reevaluar los productos utilizados en la resolución de las úlceras.

## 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 procedimiento.

## BIBLIOGRAFIA

1. Torra i Bou JE, Soldevilla Agreda JJ, Rueda López J, Verdú Soriano J, Roche Rebollo E, Arboix i Perejamo M, Martínez Cuervo F. Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras de Pierna en España. Estudio GNEAUPP-UICF-Smith & Nephew 2002-2003. Epidemiología de las úlceras venosas, arteriales, mixtas y de pie diabético. *Gerokomos* 2004;15:4.
2. Marinello J, Alós J, Carreño P, Palencia JL, Estadella B. Úlceras de la extremidad inferior. *Anales de Cirugía Cardíaca y Vascular* 2005;11(4):214-22.
3. Margolis DJ, Bilker W, Santana J, Baumgarten M. Venous leg ulcer: incidence and prevalence in the elderly. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:381-6.
4. McFadden JP, Basketter DA. Contact allergy, irritancy and ‘danger’. *Contact Dermatitis* 2000;42(3):123-127.
5. Saap L, Fahim S, Arsenault E, Pratt M, Piercianowski T, Falanga V, Pedvis-Leftick. Contact Sensitivity in Patients With Leg Ulcers. *Arch Dermatol* 2004;140:1241-1246.
6. Wilson CL, Cameron J, Powell SM, Cherry G, Ryan TJ. High incidence of contact dermatitis in leg-ulcer patients. *Clin Exp Dermatol*.1991;16:250-253.
7. Gallenkemper G, Rabe E, Bauer R. Contact sensitization in chronic venous insufficiency: modern wound dressings. *Contact Dermatitis*. 1998;38:274-278.
8. Reichert-Penetrat S, Barbaud A, Weber M, Schmutz JL. Leg ulcers. Allergologic studies of 359 cases (in French). *Ann Dermatol Venerol*. 1999;126:131-135.
9. Tavadia S, Bianchi J, Dawe RS et al. Allergic contact dermatitis in venous leg ulcer patients. *Contact Dermatitis*. 2003;48:261-265.
10. Machet L, Couhé C, Perrinaud A, Hoarau C, Lorette G, Vaillant L. A High prevalence of sensitization still persist in leg ulcer patients: a retrospective series of 106 patients tested between 2001 and 2002 and a meta-analysis of 1975-2003 data. *Br J Dermatol*. 2004; 150:929-935.
11. Sierra C, Alamar R, De la Cuadra et al. Pruebas epicutáneas de alergia en el tratamiento de úlceras de miembros inferiores. Estudio retrospectivo 2004-2008. *Enferm Dermatol* 2009;3(8):14-17.
12. Rietschel RL, Fowler JF. The Role of Patch Testing. En *Fisher’s Contact Dermatitis* Baltimore USA: Williams & Wilkins 4ª ed. 1991; 11-32.
13. The ESSCA Writing Group. The European Surveillance System of Contact Allergies (ESSCA): results of patch testing the standard series 2004. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2008;22:174-181.
14. Le Coz CJ, Scrivener Y, Santilleni F, Heid E. Sensibilisation de contact au cours des ulcers de jambe. *Ann Dermatol Venerol* 1998;125:694-9.
15. Wetter DA et al. Patch test results from the Mayo Clinic Contact Dermatitis Group, 1998-2000. *J Am Acad Dermatol*.2005; 53:416-421.
16. Smart V et al. Contact Allergens in Persons With Leg Ulcers: A Canadian Study in Contact Sensitization. *Int J Low Extrem Wounds*. 2008;7(3):120-5.
17. Arribas MP, Soro P, Silvestre JF. Dermatitis de contacto alérgica por fragancias. Parte II. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:29-37
18. Skinner SL et al. Allergic contact dermatitis to preservatives in topical medicaments. *Am J Contact Dermat* 1998;9:199-201.
19. De la Cuadra J, Larrea M. Dermatitis de contacto por medicamentos tópicos. En: Fernández Requena. *Erupciones Cutáneas Medicamentosas*. Barcelona 2003; Cap 19:163-171.

20. Wolf R. Thelanolin paradox. *Dermatology*.1996;192:198-202.
21. Rietschel RL, Fowler JF. Fragrance Allergy. En *Fisher's Contact Dermatitis* Baltimore USA: Williams&Wilkins 4ª ed. 1991; 343-350.
22. Fumal I, Braham C, Paquet P Piérard-Franchimont C, Piérard GE. The beneficial toxicity paradox of antimicrobials in leg ulcer healing impaired by a polymicrobial flora: a proof-of-concept study. *Dermatology* 2002; 204(suppl):70-74.
23. Reich-Schupke S, Kurscheidt J, Appelhans C et al. Epikutantestung bei Patienten mit Ulcus cruris unter besonderer Berücksichtigung moderner Wundprodukte. *Der Hautarzt* 2010;61:593-597.
24. Erdman S, Hertl M, Merk HF. Allergic contact dermatitis from povidone-iodine. *Contact Dermatitis*.1999;40:331-332.
25. García F. Contact dermatitis from prilocaine with cross-sensitivity to pramocaine and bupivacaine. *Contact Dermatitis* 2007; 56:120-121.
26. Barbaud A, Collet E, Le Coz CJ Meaume S, Gillois P. Contact allergy in chronic leg ulcers: results of a multicentre study carried out in 423 patients and proposal for an updated series of patch tests. *Contact dermatitis* 2009;60:279-287.
27. Alcántara Villar M, Martínez Escribano J, López Sánchez JD, Frías Iniesta J, Pagán Alemán JA. Dermatitis de contacto por corticoides. Manejo clínico. *Alergol Inmunol Clin*, 1999;14:152-155
28. Laguna C, Zaragoza V, De la Cuadra J. Dermatitis de contacto alérgica a hidrocortisona como complicación del cuidado local de tatuajes. *Actas Dermosifiliogr* 2009;100:235-48.
29. Pérez-Crespo M, Silvestre JF. Dermatitis de contacto alérgica por corticoides. *Piel* 2008; 23:415-20.
30. Scottish intercollegiate Guidelines Network. The care of patients with chronic leg ulcer. Edinburg, 1998.

# ESTUDIO COMPARATIVO IN VITRO DE LA CAPACIDAD DE ABSORCIÓN DE LAS ESPUMAS HIDROCELULARES

COMPARATIVE IN VITRO STUDY OF THE ABSORPTION CAPACITY OF THE HYDROCELLULAR FOAMS

**Autor:** Ferrán Carbonell Puig.

Graduado en enfermería. Máster en Deterioro de la Integridad Cutánea. Úlceras y heridas. CAP Sueca. Valencia.

**Contacto:** [ferrancapu@gmail.com](mailto:ferrancapu@gmail.com)

NOTA.- Este trabajo ha sido galardonado con uno de los Premios de Reconocimiento a la Investigación en el XII Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica. Valencia. 12 y 13 de diciembre de 2013.

Recibido: 22 / 12 / 2013  
Aceptado: 14 / 02 / 2014

## RESUMEN

El tratamiento de las úlceras y heridas supone un reto para los profesionales de enfermería en la práctica clínica diaria. En la actualidad existen una gran variedad de apósitos para el tratamiento de las heridas con diversos fines: hidratación, absorción del exudado, evitar la adherencia al tejido de granulación,... e indicados para diferentes momentos terapéuticos.

En este trabajo se valora y se compara la capacidad de absorción (tanto por expansión libre, como bajo presión estándar de 40 mmHg), del grupo de apósitos de espumas hidrocelulares, que se utilizan en heridas con una producción de exudado de moderado a alto.

Se ha realizado un estudio in vitro siguiendo el protocolo marcado por la norma UNE- EN13726-1: Métodos de ensayo para apósitos primarios. Se han seleccionado catorce tipos de espumas hidrocelulares de las diferentes marcas comerciales, con el fin de hacer una comparativa.

Los resultados obtenidos en las sucesivas mediciones y siguiendo el protocolo establecido, muestran diferencias importantes, siendo el apósito con mejores resultados en las dos situaciones propuestas, el Biatain Contact<sup>®</sup>, tanto en cantidad total de exudado, como en la relación superficie - peso del apósito. Mepilex Border<sup>®</sup>, por expansión libre, y Tielle Extra<sup>®</sup> bajo presión, obtienen buenos resultados en cuanto a cantidad absorbida. En cuanto a la relación de la capacidad de absorción con el peso del apósito, destaca Askina Foam.

En conclusión y a pesar de las limitaciones de los estudios in vitro, consideramos que los resul-

tados obtenidos, aportan información relevante a tener en cuenta por los profesionales para la elección de apósito más adecuado, según las heridas a tratar.

**Palabras clave:** Úlcera, Herida, Exudado, Absorción, Estudio in vitro, Apósito, Espumas hidrocelulares.

## ABSTRACT

*The treatment of ulcers and wounds is a challenge for nursing professionals in daily clinical practice. There are currently a variety of dressings in the treatment of wounds for various purposes: hydration, absorption of exudates, avoid the adherence to the granulation tissue... and indicated for different therapeutic moments.*

*In this work is valued and compared the absorption capacity (both by free expansion, as under standard pressure of 40 mmHg), the Group of dressings of hydrocellular foams, which are used in wounds with a production of exudate of moderate to high.*

*A study has been carried out in vitro following the protocol marked by the UNE - EN13726: Methods of testing for primary dressings. We have selected fourteen types of hydrocellular foams of various trademarks, in order to make a comparison.*

*The results obtained in the successive measurements and according to the established protocol, show important differences, being the dressing with best results in the two proposed scenarios, the Biatain Contact<sup>TM</sup>, both in total amount of exudate, as in the relationship surface-weight of the dressing. Mepilex Border<sup>TM</sup>, by free expansion, and Tielle Extra<sup>TM</sup> under pressure, obtained*

*good results in terms of quantity absorbed; in regard to the relationship of the absorptive capacity with the weight of the dressing, Askina Foam TM.*

*In conclusion and in spite of the limitations of the in vitro studies, we believe that the results achieved, providing relevant information to be taken into account by the professionals for the choice of dressing more appropriate, according to the wounds to treat.*

**Key Words:** *Ulcer, wound, exudate, absorption, in vitro study, dressing, hydropolymer foam, hydrocellular foam.*

### MARCO TEÓRICO.

El tratamiento de las heridas crónicas y en especial las úlceras por presión y las úlceras en miembros inferiores, constituye uno de los más complejos e importantes problemas asistenciales actuales, tanto en el ámbito hospitalario como en la asistencia primaria, dada su prevalencia e incidencia y su enorme repercusión en la calidad de vida de los pacientes que las padecen, pues son lesiones frecuentemente dolorosas y de tórpida evolución que pueden favorecer la aparición de complicaciones, que retrasan su curación <sup>(1)</sup>.

Para el correcto manejo de una herida se requiere tanto el conocimiento de sus características clínicas, como de las características del proceso fisiológico de cicatrización, pues son la base para adecuar el tratamiento según la tipología y el momento evolutivo de la misma.

El descubrimiento de las ventajas de la cura en ambiente húmedo frente a la cura tradicional sobre el proceso de cicatrización <sup>(2,3)</sup>, supuso un gran avance y abrió nuevas líneas de investigación en cuanto a los cuidados y al tratamiento de estas patologías; es a partir de ese momento donde los apósitos cobran especial importancia y sufren un momento de auge con su aparición en el mercado y utilización como material de cura.

Uno de los principales problemas que nos encontramos en el tratamiento de estas heridas, es la elevada producción de exudado y su difícil manejo, que podría entorpecer el proceso de cicatrización. Esta situación es la que ha inspirado la realización de este trabajo experimental.

### HIPÓTESIS

La absorción de los apósitos de espuma hidropolimérica o hidrocelular, varía significativamente

entre apósitos de distinta marca comercial

### MATERIAL Y MÉTODO.

Estudio experimental in vitro, basado en el protocolo que describe la normativa europea para la valoración de los apósitos primarios; "Norma UNE-EN 13726-1: Métodos de ensayo para apósitos primarios. Parte 1: Absorción, con el fin de proporcionar los resultados según la legislación vigente.

Nuestro experimento consta de dos partes. En una se comparan la capacidad de absorción por expansión libre, es decir, sin ningún medio físico que afecte al apósito, mientras en la otra parte se analiza la absorción bajo presión de 40 mmHg de mercurio. Se ha decidido la presión de 40 mmHg para el experimento porque este valor de presión, a nivel del tobillo, es el más efectivo en el tratamiento de la insuficiencia venosa periférica <sup>(4,5,6)</sup>, así como la compresión más alta que ofrecen los productos destinados al tratamiento de las úlceras venosas en los miembros inferiores.

### Preparación solución simuladora del exudado

Para la realización del experimento, se ha preparado una solución con características iónicas similares a las del exudado humano (solución con iones de sodio y calcio).

### Materiales a estudio

Los apósitos a estudiar pertenecen al grupo de las espumas hidrocelulares, indicadas en el tratamiento de las heridas con un grado de exudado de moderado a alto. Para nuestro experimento se han seleccionado 14 muestras diferentes comercializadas por laboratorio diferentes: Tielle Plus<sup>®</sup>, Tielle Xtra<sup>®</sup> (Syxtagenix); Biatain Contact<sup>®</sup>, Biatain Silicon<sup>®</sup> (Coloplast); PermaFoam<sup>®</sup>, Hidrotac<sup>®</sup> (Hartmann); Mepilex<sup>®</sup>, Mepilex Border<sup>®</sup> (Mölnlycke); Cellosorb<sup>®</sup> (Urgo); Askina Transorbent<sup>®</sup>, Askina Foam<sup>®</sup> (Braun); Tagaderm Foam<sup>®</sup> (3M); Allevyn Adhesive<sup>®</sup> Allevyn Non-Adhesive<sup>®</sup> (Smith & Nephew).

### Método

Se coloca en una placa Petri una muestra única (de peso conocido) de 5 x 5 cm del apósito a estudiar. Se añade una cantidad de solución simuladora de exudado a temperatura de 37 +/- 1° C, correspondiente a 40 veces la masa de la muestra que se está examinando; se transfiere a la estufa a 37° C y se deja reposar durante 30

minutos. Transcurrido ese tiempo, con ayuda de una pinza, se suspende la muestra que se está examinando durante 30 segundos para retirar el líquido no absorbido y se vuelve a pesar.

Para la realización del experimento bajo presión, se colocan unas planchas metálicas (Figura 1), antes de añadir la solución simuladora de exudado, con el fin de comprobar la absorción bajo presión.

En todos los casos, se realizaron las pruebas por duplicado, presentando los resultados se presentan con los valores medios para cada producto.

Para el análisis de datos se ha utilizado el programa SPSS Statistics v.21. Todas las pruebas estadísticas se ajustan a un intervalo de confianza del 95 %.

## RESULTADOS

- Experimento 1: Capacidad de absorción por expansión libre.

Los datos que se muestran (Tabla 1), indican la absorción pasiva de exudado de los apósitos, la relación de absorción por unidad de superficie y por unidad de peso.

Cabe señalar que en algunos de modelos adhesivos como Tielle Plus® y Biatain Silicon®, se observó durante el estudio que se producía un despegamiento de sus capas, así como de su film posterior cuando se saturaban con la solución.

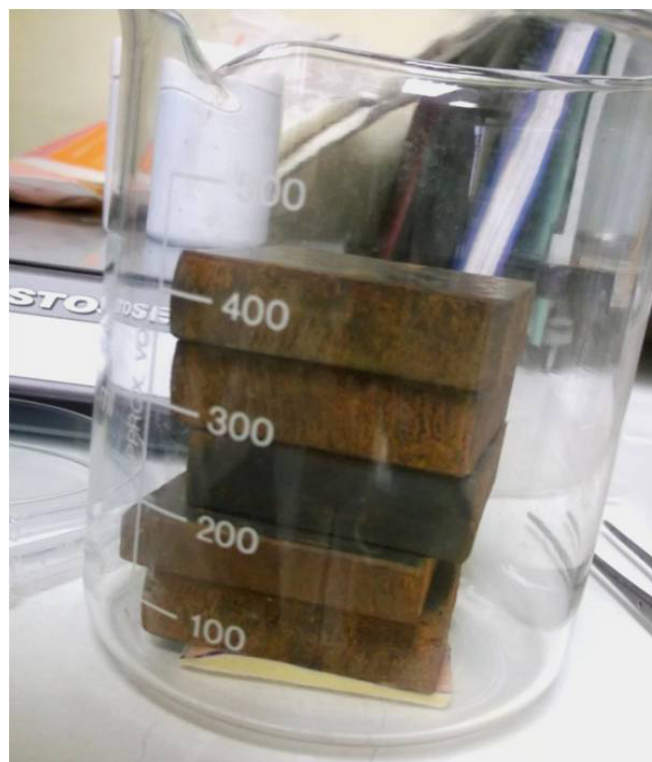


Figura 1.- Evaluación de absorción bajo presión

Se ha decidido valorar si existe relación entre la capacidad de absorción de los apósitos y el número de capas que los conforman, así como entre la capacidad de absorción y el peso en seco de los apósitos; pero los resultados obtenidos tras el análisis estadístico, demuestran que no hay relación significativamente estadística.

Tabla 1.- Resultados experimento N° 1

	Capacidad de absorción			
	Peso apósito en seco. (g)	Total exudado absorbido (g)	Absorción por unidad de superficie (g/cm <sup>2</sup> )	Absorción por unidad de peso (g/g)
Tielle Plus	2,13	13,70	0,55	6,43
Tielle Extra	2,39	15,54	0,62	6,51
BiatainContact	2,13	19,96	0,80	9,36
BiatainSilicon	2,13	16,80	0,67	7,88
PermaFoam	1,77	15,80	0,63	8,95
Hidrotac	1,83	13,04	0,52	7,14
Mepilex	1,89	17,07	0,68	9,03
MepilexBorder	2,27	19	0,76	8,39
Cellosorb Contact	1,62	15,76	0,63	9,73
AskinaTransorbent	1,06	0,70	0,03	0,66
AskinaFoam	1,34	18,32	0,73	13,67
Tagaderm N-A	1,63	11,82	0,47	7,25
AllevynGentle	1,73	9,29	0,37	5,39
Allevyn no- adhesivo	1,79	16,17	0,65	9,03

- Experimento 2: Capacidad de absorción bajo presión estándar (40 mmHg).

Los datos que se muestran (Tabla 2) indican la absorción pasiva de los apósitos bajo una presión continua de 40 mmHg (total de gramos de exudado absorbidos en 100 cm<sup>2</sup>)

Como se puede observar, existen diferencias en cuanto a la capacidad de absorción de los apósitos en las diferentes situaciones propuestas en el estudio (Tablas 3 y 4). Al comparar las medias de cada apósito en los dos estudios, mediante la “prueba T para muestras correlacionadas”, sale una p con un valor de 0,00; por tanto las diferencias del comportamiento entre ambos grupos tiene significación estadística.

Los resultados obtenidos en ambos experimentos demuestran que las espumas a estudio muestran un rango de absorción que varía desde los 0,70 g hasta los 20 g cuando son saturadas por expansión libre y un rango de 1,68 g hasta 14,25 g cuando son sometidas bajo presión de 40 mmHg.

### DISCUSIÓN

Uno de los cambios más evidentes en el cuidado de las heridas es el correcto manejo del exudado (7) durante todo el proceso evolutivo de la lesión; esto ha propiciado la aparición en el mercado de una gran variedad de productos (espumas, alginatos,...) que no actúan de la misma forma,

ni por los mismos mecanismos y cuyo uso inadecuado, puede producir complicaciones.

La gran ventaja con la que nos encontramos al realizar un estudio in vitro, es que el investigador tiene la capacidad de crear situaciones idénticas y la posibilidad de controlar las variables con los mismos parámetros en los diferentes productos, de manera que los resultados tienen un máximo valor de objetividad.

Cabe señalar aquí, que aunque se han encontrado algunos estudios de características similares al planteado, no ha sido posible compararlos entre sí, porque las diferencias en cuanto a los protocolos utilizados no lo permiten (7). Por esta razón hemos decidido realizar el experimento según lo establecido por la norma UNE- EN 13726-1: Métodos de ensayo para apósitos primarios. Parte 1: Absorción, puesto que permite utilizar un protocolo estandarizado, que es de aplicación en los países de la Unión Europea, para la valoración de dicho parámetro; sin embargo, este método también plantea algunas limitaciones en cuanto al protocolo (8); la primera tiene relación con la necesidad de recortar los apósitos para que acoplen con los aparatos del experimento, lo cual puede producir que los apósitos en los que la absorción pueda estar proporcionada por la interacción entre sus capas, se vea comprometida por la destrucción de su estructura; La segunda sería que las variables controladas de temperatura y humedad relativa, pueden no ser

**Tabla 2.-** Resultados Experimento N° 2

	CAPACIDAD DE ABSORCIÓN			
	Peso apósito en seco (g)	Total exudado absorbido (g)	Absorción por unidad de superficie (g/ cm <sup>2</sup> )	Absorción por unidad de peso (g/g)
<b>Tielle Plus</b>	2,13	7,085	0,28	3,33
<b>Tielle Extra</b>	2,39	12,84	0,51	5,38
<b>BiatainContact</b>	2,13	14,255	0,57	6,68
<b>BiatainSilicon</b>	2,13	10,58	0,42	4,97
<b>PermaFoam</b>	1,77	9,785	0,39	5,54
<b>Hidrotac</b>	1,83	5,895	0,24	3,23
<b>Mepilex</b>	1,89	7,82	0,31	4,14
<b>MepilexBorder</b>	2,27	9,63	0,39	4,25
<b>Cellosorb Contact</b>	1,62	6,345	0,25	3,92
<b>AskinaTransorbent</b>	1,06	1,685	0,07	1,60
<b>AskinaFoam</b>	1,34	8,775	0,35	6,55
<b>Tagaderm N-A</b>	1,63	4,505	0,18	2,76
<b>AllevynGentle</b>	1,73	5,205	0,21	3,02
<b>Allevyn no- adhesivo</b>	1,79	6,34	0,25	3,54

del todo relevantes cuando sobre el apósito se aplican otros materiales.

En nuestro estudio se ha decidido valorar la capacidad de absorción en este grupo de apósitos porque son utilizados en el tratamiento de heridas con un grado de exudado de moderado a alto. Aunque se han encontrado diferentes estudios <sup>(9,10)</sup> en los que el criterio de calidad de los apósitos primarios vienen determinados por diversos factores, la característica principal definitoria relacionada con la finalidad de estos apósitos es la absorción y el correcto manejo del exudado, está estrechamente relacionado con la cantidad de exudado absorbido y la frecuencia de cambio del apósito.

Aunque las diferencias en cuanto capacidad de absorción máxima, representadas en la Tabla 4, no sean significativamente estadísticas, sí que se observa que 12 de las 14 muestras en el experimento 1 son capaces de absorber más de 11 g de exudado, aunque Biatain Contact y el Mepilex Border llegan a absorber casi unos 20 g. En el experimento 2 se ve reducida la capacidad máxima de absorción, así en 12 de las 14 muestras estudiadas presentan una absorción mayor de los 5 g. de exudado. Esta variación en cuanto a la capacidad máxima de absorción tiene un especial interés cuando las heridas que se están tratando necesitan de una compresión externa para completar el tratamiento, pues si

no se tiene en cuenta estos resultados, se puede dar lugar a un incorrecto manejo del exudado y provocar complicaciones en el proceso de cicatrización. Algunas de las muestras reducen su capacidad a la mitad como es el caso de los apósitos Tielle Plus, Mepilex Border y el Tagaderm Foam, pero otras reducen su capacidad en hasta 10 g como es el caso de los apósitos Hidrotac, Mepilex, Cellosorb o el Allevyn Adhesivo. Solo una de las muestras ha mejorado su capacidad de absorción cuando es sometido a presión, el Askina Transorbent, incrementando su capacidad en 1 gramo.

Si nos fijamos en la relación de la cantidad de exudado absorbido por el peso en seco del apósito, los resultados que obtenemos en el experimento 1, coinciden con otros estudios <sup>(7)</sup> en que de los apósitos analizados el apósito Biatain Contact posee una de las tasas más altas seguido por el Mepilex y por el Allevyn No- Adhesive, mientras que el apósito Tagaderm Foam obtiene los resultados más bajos. El apósito con mayor capacidad de absorción por gramo de apósito es el AskinaFoam, seguido del Cellosorb Contact. Esta relación está estrechamente ligada a la capacidad de expansión de su peso en seco para alcanzar así su capacidad máxima de absorción, así el Askina Foam es capaz de multiplicar su masa hasta por trece veces, mientras que el resto de muestras son capaces de multiplicarla entre seis y diez veces.

**Tabla 3.-** Capacidad total de exudado absorbido

	Capacidad total de absorción experimento 1 ( g/ 100 cm <sup>2</sup> )	Capacidad total de absorción experimento 2 ( g/ 100 cm <sup>2</sup> )
Tielle Plus	54,78 %	28,34 %
Tielle Extra	62,16 %	51,36 %
BiatainContact	79,82 %	57,02 %
BiatainSilicon	67,18 %	42,32 %
PermaFoam	63,20 %	39,14 %
Hidrotac	52,14 %	23,58 %
Mepilex	68,28 %	31,28 %
MepilexBorder	76 %	38,52 %
Cellosorb Contact	63,02 %	25,38 %
AskinaTransorbent	2,78 %	6,74 %
AskinaFoam	73,28 %	35,10 %
Tagaderm N-A	47,26 %	18,02 %
AllevynGentle	37,16%	20,82 %
Allevyn no- adhesivo	64,68%	25,36 %

Como principal problema que nos encontramos con estos apósitos es que al absorber y retener grandes cantidades de fluidos se hacen más pesados, por consiguiente tienden a separarse de la superficie de la herida lo que puede afectar a su eficacia y conducir a riegos de fuga y ocasionar algún tipo de complicación relacionada con el incorrecto manejo del exudado. Resaltaremos aquí que algunos modelos con adhesivo en los bordes, cuando son saturadas las muestras y pasado el tiempo que indica el protocolo, se produce un despegue entre las diferentes capas que lo componen. Así, por ejemplo, en los apósitos Tielle Plus y Biatain Silicon la capa mas externa de film de poliuretano se despegue del resto de capas.

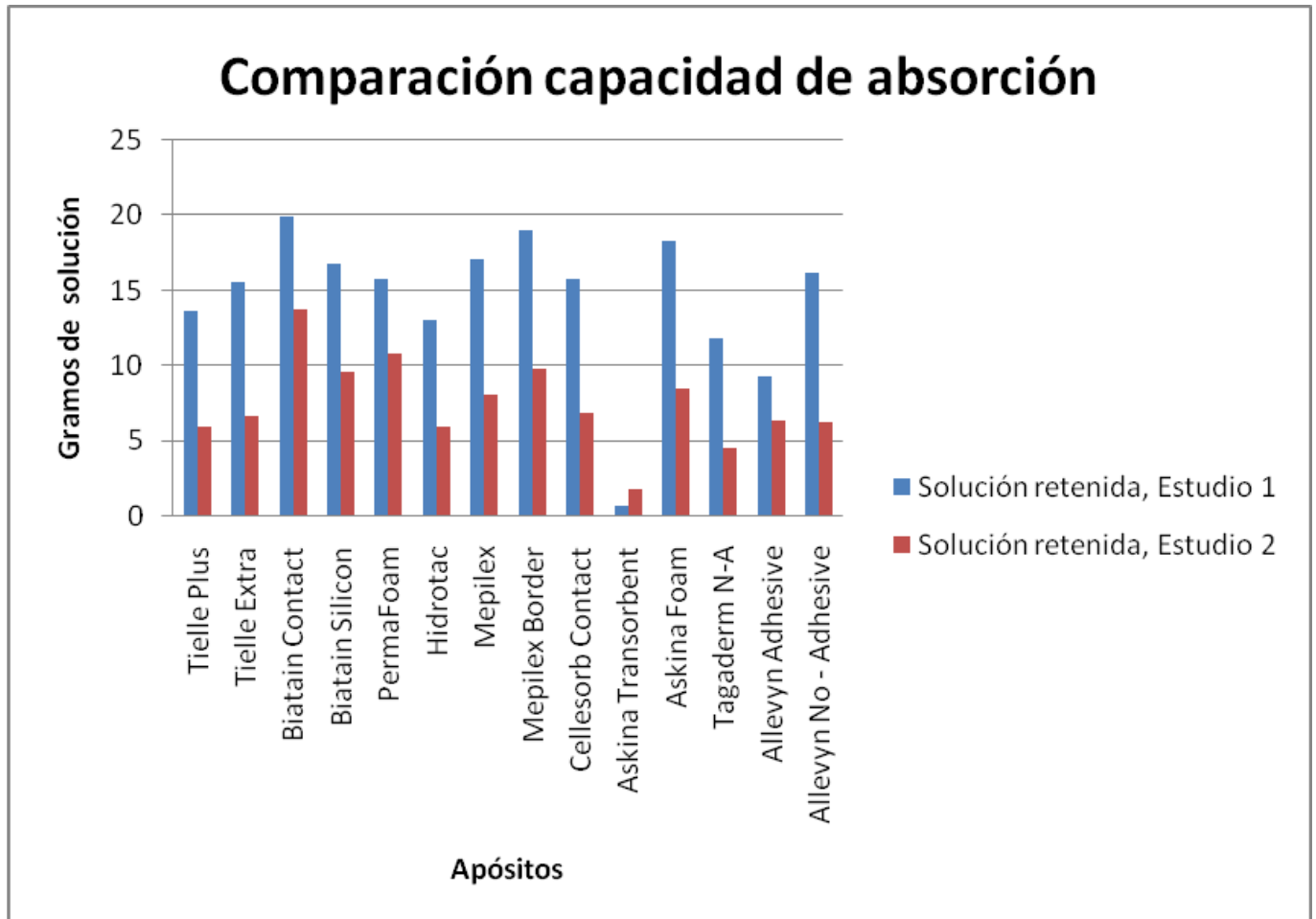
Otra de las limitaciones del estudio tiene que ver con la interpretación de los datos, pues estos no pueden predecir con exactitud como los apósitos estudiados se comportaran in vivo <sup>(11)</sup>, pues in vitro no se tienen en cuenta los factores clínicos y personales de cada individuo, que condicionan las características clínicas de cada lesión. A tener en cuenta sin embargo que disponemos de estudios <sup>(11,12)</sup> que nos proporcionan

una estimación aproximada de la cantidad de exudado que generan los diversos tipos de herida con alto poder exudativo; así tenemos que las quemaduras de tercer grado, los sitios donantes y cualquier tipo de herida que se encuentre en fase de granulación generan unos rangos de exudado de entre 3,4 – 5,1g /10 cm<sup>2</sup> / 24h, mientras que las úlceras vasculares de los miembros inferiores generan unos 5g / 10 cm<sup>2</sup> / 24h, aunque en algunas situaciones especiales, estas úlceras vasculares pueden generar el doble de la cantidad señalada.

Para los supuestos mencionados, la mayoría de las muestras estudiadas en el experimento 1, muestran la suficiente capacidad para absorber el exudado de las heridas, posibilitando cambios de apósito cada 48h, pudiendo prolongar hasta los tres días con los apósitos Biatain Contact, Mepilex Border o el Askina Foam.

Por otra parte y para el tratamiento de las úlceras vasculares, utilizaremos los resultados obtenidos en el experimento 2, en que la mayoría de muestras podría absorber el exudado producido

**Tabla 4.-** Comparación de la capacidad de absorción, con y sin compresión.



por una úlcera en situaciones normales, aunque la frecuencia de cambios debería ser cada 24h; salvo con los apósitos Tielle Extra, Biatain Contact y Biatain Silicon que permitirían prolongar los cambios cada dos días.

## CONCLUSIÓN

Concluir que:

- En cuanto a capacidad máxima de absorción en expansión libre, los apósitos con mejores resultados son el Biatain Contact®, el Mepilex Border® y el Askina Foam® y por el contrario, los apósitos con los resultados más bajos son el Allevyn Adhesive® y el Tagaderm Foam®.
- Al compararlos bajo presión, aunque todos disminuyen su capacidad de absorción, los mejores resultados se observan en los apósitos Biatain Contact®, Tielle Extra® y el Biatain Silicon®, mientras que los apósitos Allevyn Adhesive® y Tagaderm Foam® muestran las tasas más bajas de absorción.

- Aunque no se ha demostrado que el número de capas que forman la estructura de los apósitos y el peso en seco de estos tengan una relación directa significativa en cuanto a la capacidad de absorción, sí que se observan variaciones entre los apósitos estudiados que dependerán de otras variables no estudiadas.

Por último señalar que los datos revelados en nuestro estudio, no pueden utilizarse de forma imperativa para la elección de alguno como el mejor apósito, pues se han dejado de estudiar otros parámetros importantes que podrían condicionar la decisión; aunque sí que pueden servir como guía para la elección de uno u otro apósito, cuando lo que buscamos es una mayor capacidad de absorción.

## CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara que no tiene ningún conflicto de intereses y que no ha recibido ningún tipo de subvención para la realización de este estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto de Salud Carlos III, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias( AETS), Ministerio de Salud y Consumo. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: Efectividad de los apósitos especiales en el tratamiento de úlceras por presión y úlceras vasculares. Madrid: AETS; Noviembre 2001.
2. Winter G. Formation of the scab and the rate of epithelization of superficial wounds in the skin of the Young domestic pig. *Natura* 1962; 193: 293-4.
3. Capillas Pérez R, Cabré Aguilar V, Gil Colomé AM, Gaitano García A, Torra i Bou JE. Comparación de la efectividad y coste de la cura en ambiente húmedo frente a la cura tradicional. Ensayo clínico en pacientes con úlceras vasculares y por presión. *Rev ROL Enf* 2000; 23(3): 17- 24.
4. Bastidas WG. Úlcera venosa crónica de las extremidades inferiores. *RevMed.Clin.Condes.* 2008; 19 (1): 61- 8.
5. Simon DA, Dix FP, Mc Collum CN. Management of venous leg ulcers. *BNJ.* 2004 June; 320 (7452): 1352- 62.
6. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principios de las mejores prácticas: Compresión en las úlceras venosas de la extremidad inferior. Documento de consenso. London: MEP Ltd; 2008.
7. Fulton JA, Blasiolo K, Cottingham T, Tornero M, Graves M, Smith L. Wound dressing absorption: A comparative study. *Rev Adv Skin Wound Care.* 2012; 25 (7): 315- 20.
8. Lutz JB, Zehner CL, Solfest SE, Walters SA. A new In vivo test method to compare wound dressing fluid handling characteristics and wear time. *Rev Ostomy Wound Management.* 2011 August; 57 (8): 28- 36.
9. Thomas S. The development of a novel technique for predicting the exudates handling properties of modern wound dressings. *Rev J Tissue Viability.* 2001; 11(4): 145- 60.
10. RiusTarruela J, López- Bertán R. Evaluación in vitro de las propiedades de seis apósitos para la cura en ambiente húmedo de heridas exudativas. *RevGerokomos.* 2008; 19 (1): 30- 40.
11. Thomas S. Laboratory findings on the exudate- handling capabilities of cavity foam and foam – film. *Rev J Wound Care.* 2010; 19 (5): 192- 9.
12. Thomas S. Exudate- handling mechanisms of two foam- film dressings. *Rev J Wound Care.* 2008; 17 (7): 309- 15.

# COMUNICACIONES ORALES DEL XII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA

## VALORACIÓN GLOBAL DEL PRURITO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEPATOBILIARES

**Autores:** Esteve Bosch R, Palomar Llatas F, Diego Catalá S, Lucha Fernández V.

Consorcio del Hospital General Universitario de Valencia

**Contacto:** [esteverafbos@gva.es](mailto:esteverafbos@gva.es)

### RESUMEN

**Objetivo:** Conocer y mejorar la calidad de vida de los pacientes con prurito debido a una 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, información.

## ENDOCRINOLOGÍA DE LA CICATRIZACIÓN: PRINCIPALES FUNCIONES Y PERSPECTIVAS TERAPÉUTICAS

**Autor:** Murillo-Escutia A.

Grupo investigación Integridad y Cuidados de la piel. Universidad Católica de Valencia.

**Contacto:** [murillo.alfredo@hotmail.com](mailto:murillo.alfredo@hotmail.com)

### INTRODUCCIÓN

Los procesos metabólicos se rigen por ejes hormonales entre otros muchos mecanismos. En el caso de la piel no es distinto. Distintas hormonas están involucradas en la homeostasis de la piel, y este equilibrio se romperá con la aparición de heridas agudas y úlceras. Mientras que hay ciertas hormonas cuya principal función será anabólica (como los análogos sintéticos de la testosterona, la hormona del crecimiento, la insulina etc.) habrá otras hormonas que mantengan los estados de hipercatabolismo (como las hormonas mediadoras del estrés), disregulando la capacidad regenerativa de la piel. Además, ciertas particularidades individuales a nivel hormonal también son factores condicionantes a la hora de que un paciente consiga la cicatrización completa. Existen diferencias de género fisiológicas de base en la piel (distinto grosor, distinto pH, etc.) y también hay diferencias cualitativas en la cicatrización entre grupos de

hombres y grupos de mujeres, y dentro de este último grupo, mujeres menopáusicas y mujeres pre menopáusicas; existiendo así diferencias de género con base hormonal.

**Objetivo:** Dar a conocer la influencia de las distintas hormonas que actúan en la homeostasis de la piel, así como otros aspectos hormonales implicados en el proceso de cicatrización, tanto a nivel sistémico como local-cutáneo, haciendo referencia también a la influencia hormonal sobre el sistema inmune, pieza clave en este proceso. En esta revisión, además de sus aspectos meramente fisiológicos, se tratan también las perspectivas terapéuticas capaces de favorecer el proceso anabólico de cicatrización o de modular la respuesta hipercatabólica presente en algunos casos de difícil resolución.

**Metodología:** Consiste en una revisión bibliográfica, de los nuevos hallazgos realizados en estos últimos diez años en el campo de la endocrinología en el área de piel, con especial interés en el proceso de cicatrización.

**Resultados** Observamos que, efectivamente, el factor endocrino es de vital importancia en la regulación de procesos catabólicos/anabólicos que constituye la cicatrización. En algunos casos la carencia de ciertas hormonas o disregulación de las mismas (diabetes, menopausia, síndromes andrógenos, etc), podrían justificar el retraso de la cicatrización en ciertos grupos de población.

**Conclusiones:** Se han realizado avances en este campo de conocimiento, habiéndose desarrollado algunas modalidades terapéuticas con base hormonal para el tratamiento de heridas crónicas, aunque debido a la naturaleza de la farmacología hormonal, tiene determinadas complicaciones en su aplicación, pero constituyen una variable más a tener en cuenta en el tratamiento integral de heridas crónicas.

## A PROPÓSITO DE UNA SENTENCIA

**Autor:** Jaume Castelló Granell

Enfermero. CAP de Sueca. Valencia.

**Contacto:** [castellogranell@gmail.com](mailto:castellogranell@gmail.com)

STSJCV 458/2012 de 21 de mayo, sección segunda de la Sala de lo Contencioso-Administrativo sobre el recurso de apelación 396/2010, interpuesto contra la Sentencia 102/2010 de 4 de marzo, dictada por el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 2 de Alicante/Alacant en el Proceso Abreviado 345/2008.

HECHOS: (¿Probados?, la prueba es de indicios.)

Administración de un antitérmico vía endovenosa, sin estar prescrito (jurídicamente sin la preceptiva prescripción facultativa), la enfermera se encuentra sola en el servicio de urgencias y no localiza al médico, (una llamada a su móvil, al quedar registrada hubiera sido prueba suficiente de que intentó contactar con él), aun así se le aplica el artículo 59 del ESTATUTO DE PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL. Aprobado por Orden 26 Abril de 1973 (Se le aplica un Estatuto preconstitucional, cuando la profesión de enfermería no era aún universitaria y realmente entonces la profesión era en verdad y pese a que nos duela "auxiliar del médico") el cual aunque fue derogado por el actual Estatuto Marco tiene partes en vigor, de entre ellas las funciones del enfermero en sus diferentes facetas de instituciones abiertas, cerradas y pueblos (más antiguo imposible, todavía distingue este Estatuto entre enfermeras y practicantes).

Artículo.- 59 Las funciones a desarrollar por las Enfermeras y Ayudantes Técnicos Sanitarios en las Instituciones cerradas serán:

1. Ejercer las funciones de auxiliar del Médico, cumplimentan-

do las instrucciones que por escrito o verbalmente reciban de aquél.

- Cumplimentar la terapéutica prescrita por los facultativos encargados de la asistencia, así como aplicar la medicación correspondiente.

Y el artículo 72,2 f del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Ley 55/2003 de 16 de diciembre: Son faltas muy graves. El notorio incumplimiento de sus funciones o de las normas reguladoras del funcionamiento de los servicios.

Aunque la enfermera lo niega, se la acusa de suministrar suero fisiológico con 10 mEq de Cl K a una paciente con hiperkalemia y fracaso renal agudo, (¿en base a que prueba?, puesto que la enfermera estaba sola, el Tribunal afirma que ha sido ella) la paciente fue trasladada a otro hospital para diálisis (por su hiperkalemia no por los 10 mEq de Cl K, puesto que si fuera por la dosis de K, hay métodos para bajarla, entre otros con insulina i glucosa).

Tanto el antitérmico, que posteriormente el médico firmó a posteriori como el Cl K que la enfermera niega haber suministrado no estaban prescritos.

Un protocolo hubiera eximido de responsabilidad a la enfermera.

No ha habido ninguna queja por parte de ningún paciente, no se activa la tutela judicial ni en vía civil ni en la penal, de activarse no hubiera prosperado la demanda o querrela, puesto que al paciente que se le administra el antitérmico, no se le produce ningún mal y el médico firmó la orden a posteriori, que es como se actúa normalmente en servicios de urgencias, respecto a la paciente que se le administran los 10 mEq de Cl K y que fue trasladada a otro hospital para realizar diálisis, dos cosas a considerar: 1. Si se traslada es porque el hospital de origen o no tiene servicio de diálisis, o no tiene una unidad libre o hay un convenio con un club de diálisis, por lo que el traslado es jurídicamente intranscendente. 2. Ningún perito médico sostendría la afirmación que la diálisis fue debido a la dosis de Cl K, puesto que la paciente de base ya estaba en fracaso renal e hiperkalemia.

El origen y causa de esta sanción es la jurisdicción Contencioso-Administrativa, que es a la que deben acudir los trabajadores públicos, así como a la Social (antigua Laboral) deben acudir el resto de trabajadores por cuenta ajena. Es la Administración la que inicia de oficio un expediente sancionador contra la enfermera por "notorio incumplimiento...", el resultado final es una Sentencia firme e inapelable, cuatro años después de haber ocurrido los hechos, y cuatro años de suspensión de empleo y sueldo, la imposibilidad de trabajar en esos cuatro años para cualquier administración pública y el pago de las costas judiciales.

Si los profesionales de la salud debemos de protegernos de las posibles demandas o querrelas de los pacientes, sin que para ello hagamos una sanidad a la defensiva, a partir de ahora debemos estar más alerta de los gestores, y tener en cuenta los Estatutos al caso.

La prueba de indicios debe ponderarse para no producir indefensión, y en este caso a mi juicio la hay, deberían hacer algo al respecto los colegios, y los colegiados exigir de ellos una nueva definición de las funciones de la enfermería, pero dejarse de florituras e ir al derecho objetivo que es el que realmente cuenta.

## ENVEJECIMIENTO CUTÁNEO Y DERMATOPOROSIS

**Autores:** Palomar-Llatas F <sup>(1)</sup>, Fornes-Pujalte B <sup>(1)</sup>, Arantón-Areosa L <sup>(2)</sup>

- Unidad Enfermería Dermatológica, úlceras y heridas. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Cátedra Hartmann de Integridad y Cuidado de la Piel, Universidad Católica de Valencia.
- Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. Servizo Galego de Saúde. Cátedra Hartmann de Integridad y Cuidado de la Piel, Universidad Católica de Valencia.

**Correspondencia:** [federicop43@gmail.com](mailto:federicop43@gmail.com)

## RESUMEN

El envejecimiento cutáneo, es un proceso fisiológico caracterizado por aparición de las arrugas, piel más fina y seca que en ocasiones se agrava por la pérdida o disminución del ácido hialurónico, pérdida de elasticidad y fragilidad cutánea exagerada, hematomas, etc; lo que se conoce como dermatoporosis o Insuficiencia Crónica de la Piel. Afecta a 1 de cada 3 personas a partir de los 60 años y su incidencia aumenta con la edad.

Las lesiones generalmente aparecen en zonas expuestas al sol, algunas de manera espontánea y otras por pequeños accidentes debido a la fragilidad de la piel; además el proceso de cicatrización suele alargarse en el tiempo.

La principal alternativa de tratamiento es la prevención, a través de educación sanitaria en buenos hábitos higiénicos y dietéticos, con especial atención a la fotoprotección, aunque también se ha demostrado mejoría con tratamientos tópicos a base de ácido hialurónico nativo no fragmentado. En el artículo se describen las lesiones dermatológicas más habituales y como tratarlas, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

### Signos Clínicos:

Los signos que puede presentar la dermatoporosis son:

- Piel muy fina y sin espesor, translúcida, inelástica, puede presentarse con arrugas.
- Púrpura senil o microhemorragias.
- Hematomas debido a pequeños traumatismos a veces imperceptibles por el paciente.
- Hematomas desecantes por traumatismos bruscos.
- Lesiones en scalp superficiales o laceraciones, escoriaciones por pequeños traumatismos y con dificultad a la cicatrización
- Lesiones blanquecinas post heridas formando unas finas cicatrices (pseudo-cicatrices estelares).

### Clasificación:

La dermatoporosis se agrupa en:

Dermatoporosis patológica o primaria: es la más frecuente, se supone que pueden existir también factores genéticos predisponentes a padecer la enfermedad (al igual que ocurre con la osteoporosis que tiene factores genéticos que pueden predisponer a ella).

Dermatoporosis iatrogénica o secundaria: es la producida a pacientes con dermatoporosis primaria y acentuada por tratamientos con corticoides tópicos o sistémicos y por traumatismos.

### Estadios:

Los estadios o grados (Tabla 1) que nos encontramos en la dermatoporosis son cuatro, (2) según la clínica o sintomatología que presenta, no teniendo en cuenta el grado de afectación por planos, como se podría interpretar cuando existen hematomas severos; entonces hablaríamos también de cuatro estadios de afectación como en las úlceras por presión (UPP):

**Tabla 1:** Estadios de la Dermatoporosis.

Estadio	Atrofia Cutánea	Púrpura Senil	Pseudo Cicatrices	Laceraciones Cutáneas	Hematomas Disecantes
I	+	+	+	-	-
II	+	+	+	+	-
III	+	+	+	++	-
IV	+	+	+	++	+

### Cuidados y tratamiento:

Tal y como comentamos a lo largo del texto, la aparición de la dermatoporosis se da en zonas expuestas al sol y por tanto la

educación sanitaria y prevención deben de comenzar e ir a la par junto con la fotoprotección, para tratar de retardar el fotoenvejecimiento, además de utilizar tratamientos específicos para la buena hidratación y cuidado de la piel (retinoides, vitamina C y E, emolientes, ácido hialurónico, etc.).

En pacientes anticoagulados o con tratamientos con corticoides tópicos o sistémicos (7) puede verse acelerado el proceso de aparición de la dermatoporosis o entorpecida la buena evolución, con los tratamientos específicos para ella.

El ácido hialurónico nativo no fragmentado se ha utilizado, inyectándolo en la dermis, con una función estructural de relleno e hidratación. No obstante, el tratamiento propuesto según los ensayos clínicos realizados para la dermatoporosis es el ácido hialurónico fragmentado y aplicado tópicamente, pues ha demostrado que ayuda a la renovación celular y angiogénesis.

## PROTECCIÓN SOLAR EN LA MONTAÑA

**Autor:** Bayón-Velasco ML, Ferrero-Rodríguez JL.  
Hospital Militar Central Gómez Ulla.  
**Contacto:** [mluzfeba@gmail.com](mailto:mluzfeba@gmail.com)

### INTRODUCCIÓN

Durante toda la historia del ser humano, el sol ha sido el astro más importante. Era considerado fuente de salud. Durante la Edad Media perdió cierto protagonismo. Llegado el siglo XVIII, se empezaron a considerar los “baños de sol” como tratamiento para diversas infecciones. A principios del siglo XX se realizaron estudios serios que demostraron que mediante tratamientos solares se aceleraba la curación de lesiones cutáneas y una mejora en dolores articulares.

En los sesenta se comenzó a detectar en todo el mundo un pronunciado incremento de la incidencia de cánceres de piel en poblaciones de piel clara, estrechamente vinculado a las costumbres personales de exposición al sol y a su componente ultravioleta así como a la percepción social de que el bronceado es símbolo de salud y nivel social. El sol es el responsable de reacciones cutáneas agudas (quemaduras) y crónicas, fotoenvejecimiento, cáncer de piel y enfermedades inflamatorias.

Normalmente la cantidad de radiación que llega a nuestra piel supera la capacidad de autoprotección de la misma, lo que hace necesaria una fotoprotección segura. En la montaña hay que tener cuidado con las radiaciones solares pues son especialmente dañinas como consecuencia de diversos factores (altitud, reflexión de la nieve...)

### OBJETIVOS

#### A) Principal

Conocer los hábitos de protección solar en gente que va a la montaña en diversas estaciones de esquí.

#### B) Secundarios

1. Determinar si existen diferencias de hábitos entre sexos, edades.
2. Determinar la frecuencia de uso del protector solar y dónde se lo ponen.
3. Determinar si han seguido recomendaciones sanitarias antes de las jornadas de montaña, si han precisado atención médica al quemarse.
4. Determinar si ha habido cambio de hábitos después de haberse quemado.

### METODOLOGÍA

Para verificar los hábitos saludables de protección solar en los usuarios de la montaña, planteé un estudio en 8 estaciones de esquí pertenecientes a la geografía española, con una muestra total de 200 personas. Para ello se distribuyeron cuestionarios de modo aleatorio, consistentes en 13 preguntas relacionadas con los hábitos de protección solar.

### Resultados

Los resultados muestran mayores porcentajes de quemadura solares en menores de 15 años y mayores de 40. Se destaca el alto porcentaje de quemaduras en nariz, pómulos y orejas.

### Conclusiones

Las mujeres muestran una mayor concienciación en el uso de la protección solar.

El 61% de los usuarios que han sufrido quemaduras solares en la montaña, afirman haber cambiado sus hábitos.

## ABORDAJE DEL DOLOR EN LAS HERIDAS CRÓNICAS

**Autores:** Linares-Herrera JP, Monteso-Curto P, Verdu-Soriano J, Pla-Canalda E.

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tarragona.

**Contacto:** [juanpedrolinares@gmail.com](mailto:juanpedrolinares@gmail.com)

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El dolor es un síntoma común en los pacientes que padecen heridas crónicas, a menudo este dolor va en aumento con el momento de la realización de la cura, debido al cambio del apósito, al desbridamiento cortante, al acto de limpieza, a la infección y a la utilización de productos no adecuados. El dolor influye en las diferentes actividades de la vida diaria, afectando las relaciones sociales y del familiar o del entorno del paciente, alterando la cicatrización e influyendo de forma negativa en la calidad de vida de los pacientes portadores de heridas crónicas.

**Objetivos:** Mejorar el cuidado realizado por el personal sanitario de los pacientes con heridas crónicas que presentan dolor.

### METODOLOGÍA

Realizamos un análisis de los diferentes tipos de dolor en los pacientes con heridas crónicas en el servicio de medicina interna del Hospital de Tortosa desde octubre de 2013 a octubre de 2015. Registramos también los factores psicoambientales que serían la edad, el sexo, el nivel educativo, el entorno y el historial previo del dolor.

No solo valoraremos la dimensión sensorial del dolor sino también la afectiva y la cognitiva relacionada con creencias personales y socioculturales, se le administrará un cuestionario de recogida de datos auto confeccionado que se implementará con la implantación de un protocolo de actuación ante el dolor de los pacientes con heridas crónicas:

1. Evaluación del dolor mediante Escala Verbal Numérica y El inventario Abreviado del Dolor.
2. Diagnóstico de la etiología de la herida crónica.
3. Tratamiento de la herida según concepto TIME.
4. Tratamiento de la causa subyacente de las heridas crónicas.
5. Tratamiento local del dolor en las heridas crónicas.
6. Tratamiento sistémico del dolor en las heridas crónicas

### RESULTADOS

Esperamos mejorar el control del dolor que padecen los pacientes con heridas crónicas.

Para ello proponemos adelantarnos a este síntoma mediante la prevención mediante diferentes estrategias como el diagnóstico adecuado de la lesión, el tratamiento más adecuado de estas heridas abordando el tratamiento de una forma integral, el tratar la causa subyacente de esta, utilizar los apósitos más adecuados a la fase de la lesión, el aporte de suplementos nutricionales, el tratamiento de la infección si presenta los signos que nos indiquen que la herida está en contaminación crítica o en fase de infección bien sea por apósitos adecuados de tratamiento local o tratamiento por vía sistémica.

## CONCLUSIONES

La repercusión del trabajo será una mejora de la percepción del personal sanitario al dolor de los pacientes y en consecuencia la mejora de la calidad de vida.

Con la implantación de este protocolo lo que se pretende es realizar de una forma ordenada el tratamiento integral del dolor en las heridas crónicas detectando la causa que produce el dolor y poder abordarlo de la forma adecuada con el tratamiento correcto de manera personalizada.

## REDUCIENDO VARIABILIDADES, AUMENTANDO EVIDENCIAS: CATÁLOGO NORMALIZADO DE ACCIONES NIC EN EL DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA Y TISULAR

**Autores:** Rumbo-Prieto JM, Arantón-Areosa L, Pesado-Cartelle JA, Vidal –Maroño E, Quintián Méndez M, Fraga Sampedro ML.

Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. Servizo Galego de Saúde

**Contacto:** [jmrumbo@gmail.com](mailto:jmrumbo@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

Para disminuir la variabilidad de las intervenciones de enfermería y evitar que los pacientes puedan verse sometidos a cuidados y tratamientos que pudieran ser de dudosa utilidad, o incluso resultar nocivos para la salud, así como para evitar la omisión de otros cuidados que sí podrían resultar adecuados, nos hemos planteado realizar un catálogo de Normalización de Acciones de Intervención de Práctica Enfermera en el abordaje del Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular.

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de revisión bibliográfica. Evaluación AGREE de Guías de práctica clínica sobre úlceras por presión. Selección por consenso de grupo nominal de diagnósticos NANDA-I, Resultados NOC e intervenciones NIC. Diseño y desarrollo de un catálogo de acciones evaluadas por la escala GRADE.

## RESULTADOS

3 diagnósticos NANDA, 6 resultados NOC y 25 intervenciones NIC. Elaboración de un catálogo con 62 actividades validadas y específicas (entre 3-5 acciones por intervención) con un fuerza de recomendación GRADE Alta en 5 acciones (8%), recomendación Moderada en 31 acciones (50%), y recomendación Baja en 26 acciones (42%).

## CONCLUSIONES

El catálogo desarrollado identifica los criterios de eficiencia y calidad asistencial de aquellas acciones y/o actividades NIC que nos permiten comunicar la naturaleza de los cuidados y tratamientos de enfermería en pacientes con deterioro de la integridad cutánea y tisular a otros colegas profesionales, a los usuarios y a otros proveedores de cuidados; así como, ayudar a los gestores a planificar de forma más eficaz las necesidades del personal y de los equipos para el abordaje integral y cuidado ante este tipo de lesiones.

## IMPORTANCIA DE LA TOMA DE CONSTANTES EN LA FILIACIÓN DIAGNÓSTICA DE ÚLCERAS CRÓNICAS

**Autores:** Ruiz-Toril A, Castellano-Lozano J.I.

Hospital general de La Mancha. Ciudad Real

**Contacto:** [amaliar41@gmail.com](mailto:amaliar41@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

La toma de constantes puede ser el signo guía para el despistaje de patologías que presentan manifestaciones cutáneas y que a su vez afectan de forma crítica a otros órganos.

## OBJETIVOS

Resaltar el papel fundamental de la enfermería en la consulta de dermatología en la valoración conjunta del paciente, la observación de la clínica y la toma de constantes, que es fundamental para la obtención de un diagnóstico preciso en úlceras crónicas. Pensar que un proceso de patología dermatológica puede ser también la manifestación clínica de otras patologías subyacentes.

## RESULTADOS

Presentamos el caso clínico de un varón de 48 años sin antecedentes personales de interés que presenta una úlcera muy dolorosa en cara posterior de pierna derecha con una evolución tórpida. El despistaje de patología sistémica, que incluye la toma de constantes, puso de manifiesto una hipertensión arterial severa (225/148 mm/Hg) que junto a un estudio posterior evidenció afectación múltiple de órganos diana. El control estricto de la tensión arterial condujo a la resolución total de la úlcera una vez conocida su etiología hipertensiva

## CONCLUSIONES

Las úlceras de miembros inferiores son una patología frecuente en la práctica clínica que no siempre tiene una etiología venosa. La toma de constantes en pacientes con úlceras es fundamental para el correcto diagnóstico del origen de la misma y así contribuir de la mejor manera al control de dicha úlcera.

## GESTIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE DERMATOLÓGICO EN TRATAMIENTO CON FOTOTERAPIA CON RAYOS ULTRAVIOLETA B DE BANDA ESTRECHA

**Autores:** De Argila Fernández-Durán N, Martín Gómez M.

Consulta dermatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Madrid

**Contacto:** [nuriadeargila@gmail.com](mailto:nuriadeargila@gmail.com)

Comunicación galardonada con uno de los 5 Premios al Reconocimiento a la Investigación, patrocinados por la Revista Enfermería Dermatológica, en el XII Congreso Nacional.

## INTRODUCCIÓN

La fototerapia con rayos ultravioleta (UVB) B de banda estrecha (BE) es un tratamiento utilizado en algunos servicios de dermatología, siendo de primera elección para algunas dermatosis porque resulta cómodo y económico. Las tres características principales de la fototerapia UVB-BE son la disminución del riesgo de radiación acumulada, los tiempos de exposición cortos y que actúan específicamente en la epidermis.

**OBJETIVOS:** El objeto de esta comunicación es describir la gestión y cuidados enfermeros implementados en la unidad de fototerapia de un hospital de primer nivel, detallando la metodología desde la aplicación, técnica y utillaje hasta los aspectos relativos al espacio, material, personal y los cuidados de enfermería, agrupando aquellos diagnósticos más específicos según taxonomía NANDA-NIC/NOC

**METODOLOGÍA:** El tratamiento con fototerapia con los equipos de la lámpara manos/pies y la cabina corporal requieren atención y cuidados de enfermería con valoración en cada sesión, antes (evaluación previa, preparación), durante (desarrollo con la máxima seguridad) y después del procedimiento (detección de posibles efectos secundarios). Para evitar variabilidad en la práctica se enuncian los diagnósticos de enfermería según

taxonomía II (2009-2011) Nanda, Noc/Nic estándar en pacientes con problemas dermatológicos crónicos con afectación moderada-grave en tratamiento con fototerapia.

**RESULTADOS:** Sigue estando muy discutido que enfermería administre la fototerapia, pero en esta unidad se ha demostrado que tanto la gestión y cuidados de enfermería inherentes al tratamiento como la relación terapéutica enfermería-paciente logran aumentar la autoestima y el autocontrol, reducir el estrés, la ansiedad, la estigmatización, etc., trastornos característicos en este tipo de pacientes con mayor o menor intensidad y que repercuten en su calidad de vida.

Aunque la fototerapia se considera un tratamiento seguro, su empleo no está exento, al igual que ocurre con cualquier alternativa terapéutica, de efectos secundarios a corto y largo plazo que hay que conocer y prevenir en la medida que sea posible, por lo que se hace muy necesario un entrenamiento riguroso para evitar cualquier complicación severa.

**CONCLUSIONES:** La fototerapia UVB-BE es el tratamiento de primera elección para las enfermedades cutáneas más frecuentes y agresivas.

La enfermera dermatológica puede asumir la responsabilidad y competencia de toda su gestión, funcionamiento y seguimiento al tratarse de tratamientos largos (2-3 meses o más) implementando aspectos técnicos, administrativos y de cuidados emocionales (manejo del estrés y de la imagen corporal), favoreciendo la relación de ayuda clave en estos pacientes crónicos muy necesaria para la fidelización y la adherencia terapéutica; la continuidad en las sesiones por la misma enfermera influye cualitativamente en la vida del paciente, tanto en la esfera psicoemocional como en las relaciones del sujeto con su entorno laboral y social, e incluso en aspectos tan cotidianos y problemáticos para ellos como la elección del vestuario o del peinado.

## APLICACIÓN INFORMÁTICA PARA LA GESTIÓN DE LA TELEDERMATOLOGÍA EN EL ÁREA SANITARIA ALJARAFE. IMPLANTACIÓN EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

**Autores:** Álvarez-Millán S, García-Collado F, Rivera-Fernández C, Jiménez-Vizcaíno B, Franco-García E, García-Murillo M.

Unidad de Gestión Clínica San Juan de Aznalfarache. Sevilla.

**Contacto:** [sergioalvarezmillan@gmail.com](mailto:sergioalvarezmillan@gmail.com)

### RESUMEN

Desde hace unos años, la implantación de la Teledermatología en nuestro Centro de Salud supuso un cambio dentro del Proceso Asistencial Cáncer de Piel, ya que el envío telemático de imágenes capturadas de las lesiones, junto a la historia clínica del paciente a la consulta de dermatología de referencia, conllevó un descenso de derivaciones así como un diagnóstico precirugía menor ambulatoria más exacto. Igualmente, contribuyó a asegurar una atención especializada precoz, evitando desplazamientos innecesarios, acortando tiempos de incertidumbre y mejorando, en definitiva, la continuidad asistencial.

Para llevar a cabo este proceso, se han utilizado mecanismos de comunicación asincrónicos, conocidos como "Store-and-Forward" (Almacenaje y envío), para la comunicación bidireccional entre los miembros del Equipo de Salud de Primaria y el Servicio de Dermatología de referencia, mediante la encriptación de documentos que viajaban mediante correos electrónicos que contenían tanto la Historia Clínica del paciente relacionada con el proceso, como las imágenes de las lesiones susceptibles de diagnosticar y/o tratar, incluyéndose el informe del dermatólogo a su vuelta.

En junio de 2012 se desarrolla un módulo informático en el que colaboran profesionales de ambos niveles asistenciales, resultando la aplicación "Teledermatología Aljarafe", que pone fin a la utilización de estos correos electrónicos.

La aplicación se implanta dentro de la Intranet Corporativa de nuestro Servicio de Salud, con la posibilidad de captura de datos personales desde la Base de Datos de Usuarios, con perfiles diferentes de acceso, facilitando enormemente el circuito de derivación y captura de imágenes para los profesionales involucrados. Igualmente se consigue disponer de un histórico de resultados, con acceso a imágenes e informes desde la consulta, posibilidades de comparativa de lesiones en el tiempo, explotación de datos para el seguimiento de indicadores, etc.

Esta herramienta informática ha potenciado elementos relacionados con la seguridad y confidencialidad del paciente, favoreciendo así mismo el aprendizaje indirecto de los profesionales.

Como proyecto futuro se plantea incluir la dermatoscopia al proceso, así como la posibilidad de utilización de este sistema para patología inflamatoria de piel y de consulta para heridas crónicas.

## CONSULTA DE ASESORAMIENTO EN CURA EN AMBIENTE HÚMEDO. OPTIMIZAR RECURSOS, MEJORANDO LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD

**Autores:** Arantón-Areosa L, Delgado-Fernandez R, Vidal-Maróño E, Quintián-Méndez M, Fraga-Sampedro ML, Pesado-Cartelle JA.

Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. Servizo Galego de Saúde

**Contacto:** [luaranton@yahoo.com](mailto:luaranton@yahoo.com)

### RESUMEN

La gestión eficiente del Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular (DICyT) necesita un enfoque global y propuestas innovadoras por lo que hemos puesto en marcha una Unidad de Asesoramiento en Cura en Ambiente Húmedo (UACAH) como complemento a la estrategia desarrollada en Galicia con el programa "Úlceras Fora" (incluye nuevo catálogo con 31 apósitos diferentes, actualización de recomendaciones de utilización y un completo programa formativo en prevención y tratamiento, para todos los profesionales).

### OBJETIVOS

Promover un Plan de Mejora Integral en Prevención y Tratamiento del DICyT

Establecer una sistemática común de actuación para la valoración, indicación, solicitud, administración y registro en DICyT, validando la unificación de criterios de actuación, mejora de registros y optimización de recursos.

### METODOLOGÍA

A través de un equipo de mejora (profesionales de reconocida experiencia en el ámbito del DICyT), y a partir de la técnica cualitativa de búsqueda de consenso dentro del grupo nominal, se procede a adaptar e implantar los procedimientos de prevención y tratamiento, así como a diseñar e implementar las sistemáticas de actuación, registro, validación, análisis y difusión de resultados.

### RESULTADOS

La UACAH inicia su actividad en septiembre de 2011 a cargo de un profesional de reconocida trayectoria y experiencia. Progresivamente se perfilan e implementan los programas, incidiendo en la prevención de lesiones junto a la utilización adecuada de productos, como estrategia para minimizar el problema y racionalizar los consumos.

Se actualizan, adaptan e implantan todos los procedimientos relacionados con DICyT; se diseñan, implantan e implementan los

consiguientes algoritmos de decisión y actuación, la sistemática de solicitud de apósitos (vía telemática), sistemática de revisión y recogida de datos (historia clínica electrónica), sistemática de la consulta y asesoramiento (teléfono, correo electrónico y sesiones clínicas), diseño de indicadores y sistemática para la comunicación de los resultados a los profesionales implicados. Paralelamente se diseña e imparte un programa formativo teórico - práctico específico en función de las necesidades que se van evidenciando y se diseña una guía resumen práctica (de bolsillo).

Hasta septiembre de 2013:

Se han revisado 3.537 solicitudes de apósitos (582 de hospital, 2.834 de centros de salud y 121 de centros sociosanitarios). Se aceptaron 3.335, se propusieron modificaciones en 20 y se rechazaron 182 por no ser adecuada la indicación.

Se identifican los centros peticionarios y a los profesionales solicitantes (el 80 % del consumo de apósitos se produce en atención primaria)

Se identifican 1.345 pacientes, el 55,8 % mujeres (48% mayores de 64 años) y el 44,2 % hombres (30,6 mayores de 64 años), que presentan un total de 1.622 heridas: el 13,7 % úlceras por presión y el 6,5 % úlceras vasculares (destaca negativamente que el 61 % de los pacientes no tiene registrado el tipo de lesión)

Se consumieron 81.163 apósitos (35.418 primarios y 45.745 secundarios), lo que equivale a un gasto económico de 253.500 €. Entre los apósitos primarios, los más utilizados fueron los de hidrofibra (15,8 %) y los de hidrofibra con plata (12,3 %) y entre los secundarios, los de espuma adhesiva (24,8%) e hidrocoloides extrafinos (9 %).

Con respecto al mismo periodo de 2011 se ha producido un descenso medio en consumos cuantificado entre 40.000 y 50.000 € mensuales.

Se informa mensualmente a los mandos intermedios de los resultados de su servicio, unidad o centro y a cada profesional a título individual y comparativamente con el resto del área.

## CONCLUSIONES

El asesoramiento, permite al profesional mejorar la indicación, aportando más alternativas de tratamiento y optimizando los consumos. Se ha reforzado el uso de la historia clínica electrónica, aumentando tanto el nivel de registro, como su calidad.

La UACAH ha facilitado la implantación e implementación de algoritmos de decisión y actuación basados en evidencia científica, contribuyendo a la unificación de criterios y actuación de los profesionales, minimizando la variabilidad y garantizando la continuidad de los cuidados y la coordinación adecuada entre niveles asistenciales.

Asegurando la indicación adecuada de los apósitos y sin ningún tipo de limitación en el catálogo, se han mejorado los resultados globales y la calidad asistencial, optimizando además el gasto económico.

## CUIDADOS AL ANCIANO INCONTINENTE INSTITUCIONALIZADO Y USO DE DISPOSITIVOS ABSORBENTES

**Autores:** David Fernández García<sup>(1)</sup>, Federico Palomar Llatas<sup>(2)</sup>, Lydia Landete Belda<sup>(1)</sup>, Miguel Seller Arias<sup>(1)</sup>, Antonio Ruiz Hontangas<sup>(3)</sup>, Paula Diez Fornes<sup>(1)</sup>, Elena Castellano Rioja<sup>(1)</sup>, Concepción Sierra Talamantes<sup>(2)</sup>, Begoña Fornes Pujalte<sup>(2)</sup>, Ana Moreno<sup>(1)</sup>, Alfred Murillo<sup>(1)</sup>

1. Grupo investigación Integridad y Cuidados de la piel UCV
2. Área de la Piel. Hospital General Universitario de Valencia. Grupo investigación Integridad y Cuidados de la piel UCV
3. Consellería de Sanitat. Valencia.

**Contacto:** [david.fernandez@ucv.es](mailto:david.fernandez@ucv.es)

## RESUMEN

En condiciones normales, la eliminación de desechos de nuestro organismo implica la integridad de los mecanismos de control de los sistemas de eliminación, fecal y urinario, principalmente. Sin embargo, su deterioro o disfunción, puede llevar a la pérdida involuntaria de desechos y determinar por tanto una situación de incontinencia.

De esta forma, tanto la Incontinencia Urinaria (IU) como Fecal (IF) se podría definir como el cambio en el hábito de eliminación urinaria/fecal caracterizado por la eliminación involuntaria de orina/heces con afectación objetiva de la calidad de vida.

La incontinencia es un problema que, a nivel mundial, afecta a unos 50 millones de personas. Las cifras de prevalencia reales son desconocidas ya que, las presentadas por los distintos estudios son heterogéneas dependiendo del grupo poblacional a estudio y de las consideraciones y definiciones en las que se basa cada autor, además de que se considera un problema no reconocido. Sobre todo, respecto a la incontinencia fecal, no se han encontrado estudios relevantes que abalen datos epidemiológicos, aunque se aproximaría a un 20% en ancianos.

La International Continent Society define la incontinencia urinaria como una situación en que la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra demostrable objetivamente, genera un problema social e higiénico. La IU representa una patología compleja y de difícil solución, que limita la libertad individual y reduce la autoestima de las personas.

Lo que sí es conocido, en cualquier caso, es que la incontinencia parece aumentar con la edad y varía según el sexo, mostrándose de forma más frecuente en la mujer. Según los datos de estimación del ONI (Observatorio Nacional de la Incontinencia), tomando como referencia las tasas estandarizadas de la población española en el año 2009, un 15,8% de personas estarían afectadas por IU (24% mujeres y 7% varones). Estas cifras aumentarían en ancianos institucionalizados, variando entre el 40 y 60%, de los cuales el 33,7% son mayores ingresados en unidades de larga estancia.

Como se puede observar, la incontinencia es un problema con elevada presencia en la población geriátrica y que genera, además, un importante impacto en la calidad de vida del individuo incontinente. Sin embargo el reconocimiento por parte del paciente suele estar en muchos casos limitado por las connotaciones sociales derivadas, retrasando el diagnóstico y la asistencia sanitaria por parte de los profesionales sanitarios

## HIPÓTESIS DE TRABAJO\*\*

El uso de dispositivos absorbentes para el cuidado de la incontinencia en pacientes geriátricos es útil, para lo que es necesario tener un plan de cuidados.

## OBJETIVOS\*

**Objetivo General.** Demostrar la importancia y la eficacia del cuidado con dispositivos absorbentes ante incontinencia urinaria y/o fecal.

**Objetivo 1.** Determinar las causas deterioro de la integridad cutánea en el anciano con incontinencia.

**Objetivo 2.** Desarrollar recomendaciones sobre el uso adecuado de los dispositivos absorbentes en el cuidado del anciano incontinente para prevenir el deterioro de la integridad cutánea y las consiguientes complicaciones.

## DESARROLLO DEL PROYECTO. (MÉTODOS):

**Tipo de estudio:** Estudio descriptivo observacional prospectivo.

**Ámbito:** Centros de atención sociosanitaria de media y larga estancia, de atención a personas dependientes

**Coordinación del estudio** Consorcio Hospital General Universitario de Valencia y Catedra Integridad y Cuidado de la Piel (Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir)

**Universo y muestra:** La población a estudio estará formada por pacientes geriátricos dependientes. La muestra estará formada por un total de 200 individuos, basándonos para ello en un

muestreo de tipo aleatorio, incluyendo a individuos que cumplan los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

El material a utilizar son dispositivos absorbentes (pañales) están estructurados en sus aletas de sujeción por un tejido sin tejer de celulosa y transpirables y compuestos en su interior como absorbentes gránulos que en contacto con los fluidos gelifican y son impermeables hacia el exterior evitando el contacto de la humedad con la piel y pudiendo comprobar la protección de la barrera fisiológica de la piel frente a los fluidos corporales e incluso de etiología muy variada, frente a los pañales que tradicionalmente se usan su que la aleta de sujeción está plastificada y llega a ser la causante del rash del pañal, estos pañales a estudio están estructurados en sus aletas de sujeción por un tejido sin tejer de celulosa

## RESULTADOS

El conocimiento de la aparición de problemas de la piel (modificaciones fisiológicas de la piel por la edad, multi-morbilidad, la forma de incontinencia y la calidad del cuidado proporcionado para la misma), hace posible orientar los objetivos del tratamiento al menos en algunas zonas del cuerpo. Entre ellas, sin duda alguna, está la utilización de absorbentes de incontinencia que sean altamente absorbentes, tengan elevada capacidad de combinación con líquidos y tenga una capa externa que pueda transpirar.

Las hipótesis del estudio así como los objetivos se están cumpliendo así como la metodología llevada a cabo. A falta de consolidar los resultados finales y ante su posible normalización de la práctica clínica en los cuidados de enfermería en el paciente incontinente y el uso de absorbentes, a continuación se presentan los siguientes resultados preliminares, a falta de llevar a cabo la discusión con otros estudios y guías de práctica clínica así como recomendaciones y planes de cuidados en incontinencia. Por último se llevarán a cabo las conclusiones del estudio no descartando la posibilidad de su publicación en revistas de impacto

## EFICACIA DE LOS CUIDADOS EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DE ACCESOS VASCULARES, EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS

**Autora:** Ana Moreno Hernández

Grupo investigación Integridad y Cuidados de la piel UCV

**Contacto:** [moreno-ana@hotmail.com](mailto:moreno-ana@hotmail.com)

Comunicación galardonada con uno de los 5 Premios al Reconocimiento a la Investigación, patrocinados por la Revista Enfermería Dermatológica, en el XII Congreso Nacional.

## INTRODUCCIÓN:

Ninguna persona está exenta de contraer una infección nosocomial, pero es deber del profesional sanitario tratar de que no suceda.

La principal barrera de defensa de la que dispone nuestro organismo es la piel. En el momento en el que traspasamos este mecanismo de defensa, damos carta blanca a que los microorganismos invadan nuestro cuerpo. Por ello se va a profundizar en una de las complicaciones más importantes por su morbimortalidad y por su incidencia durante la estancia hospitalaria. Es el caso de las infecciones relacionadas con catéteres vasculares.

## OBJETIVO

Dar a conocer los resultados obtenidos en el estudio realizado en 2012, cuyos objetivos planteados al inicio fueron:

1. Determinar las tasas de incidencia de bacteriemia relacionada con catéter vascular en una unidad de críticos.

2. Tener constancia de si hay mayor incidencia de infección en accesos vasculares centrales que en periféricos y arteriales.
3. Estudiar la relación que se establece entre manipulaciones de un catéter vascular y la aparición de signos locales de infección.
4. Intentar determinar si se producen BRC (bacteriemia relacionada con el catéter) o BP (bacteriemias primarias) produciéndose en éstas la infección por vía hemática.

## METODOLOGÍA

Se trata de un estudio analítico, transversal y observacional, siendo una observación pasiva. A su vez es un estudio cuantitativo y prospectivo. Abarca un total de 113 pacientes, ingresados en la Unidad de Reanimación general del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV), que implican el análisis de 400 accesos vasculares.

## RESULTADOS

- El 5,01% de los catéteres estudiados presentaron dos o más signos de infección, considerándose infectados. En cambio el 89,97% no mostraron signos de infección alguno.
- Los C.V.C. fueron los catéteres vasculares que más signos de infección presentaron.
- Según el coeficiente de correlación de Pearson, existe relación positiva entre tiempo de permanencia del catéter y aparición de signos de infección, siendo un dato más significativo en C.V.C. que en el resto de accesos.
- De un total de 379 accesos vasculares, únicamente 18 catéteres presentaron signos locales de infección, atribuyéndose a IRC. A su vez, se dieron 2 casos de BRC, aunque uno de ellos no presentaba signos inflamatorios locales.

## CONCLUSIONES

1. Las tasas de incidencia de IRC han ido disminuyendo con los nuevos protocolos de cuidados.
2. Existe mayor riesgo de infección en catéteres centrales que en periféricos, con distinciones según zonas anatómicas.
3. Existe relación directa entre número de manipulaciones y aparición de signos locales de infección. Unas correctas medidas de asepsia a la hora de insertar el catéter y de ser manipulado disminuyen el riesgo de infección.
4. Se observan más casos de IRC que de BRC.

**Palabras clave:** catéter, Access, complication, vascular, infection, bacteremia, central, peripheral.

## DERMATITIS DE CONTACTO A PROTEÍNAS: TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS

**Autores:** Sierra-Talamantes C, Zaragoza-Ninet V, Fornés-Pujalte B, Palomar-Llatas F.

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Servicio de Dermatología. Unidad de alergia de Contacto. Área de la Piel

**Contacto:** [malacu@ono.com](mailto:malacu@ono.com)

## INTRODUCCIÓN

La dermatitis de contacto a proteínas es un proceso alérgico recurrente, subagudo o crónico, localizada de manera habitual en las manos y/o los antebrazos, con episodios de intensa reagudización, tras contactar el paciente con sustancias de elevado contenido proteico a las que se encuentra sensibilizado.

## CLÍNICA

Las manifestaciones clínicas se presentan, generalmente, en los primeros 30 minutos tras la exposición al alérgeno, aunque hay descritos casos de manifestación retardada. Son lesiones,

generalmente, de tipo eczematoso o, en ocasiones, urticarizantes acompañados de una sensación de escozor, quemazón u hormigueo, prurito, eritema, pápulas y/o vesícula y lesiones de rascado.

**Factores predisponentes:** Profesionales relacionados con los animales, la pesca, la sanidad o pacientes con dermatitis atópica.

**Etiología:** Los agentes etiológicos responsables son proteínas, o «material proteináceo» de sustancias que pertenecen a 4 grupos de proteínas: animales, vegetales, granos y harinas de cereales, y enzimas.

**Patogenia:** En la patogenia se ven implicados procesos de hipersensibilidad inmediata y procesos de hipersensibilidad retardada.

**Diagnóstico:** Actualmente el método diagnóstico de la DCP se fundamenta en la determinación de IgE específica en el suero y las pruebas de alergia cutánea (pruebas del parche, prick-test, prickbyprick test, prueba de escarificación y prueba de frotamiento).

**Pronóstico:** El pronóstico con relación a su evolución es malo con tendencia a la cronicidad pero la remisión es rápida cuando se evita la exposición al alérgeno.

**Tratamiento:** Evitar el contacto con las proteínas implicadas, tratamiento sintomático local, según el estadio clínico de las lesiones y tratamiento sistémico con antihistamínicos.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE UN PACIENTE PEDIÁTRICO CON DERMATITIS ATÓPICA

**Autor:** Bayón-Velasco, M.L.

Hospital Militar Central Gómez Ulla.

**Contacto:** [mluzfeba@gmail.com](mailto:mluzfeba@gmail.com)

### INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica (D.A), es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, de etiología multifactorial que combina lesiones eczematosas con una distribución característica. Presenta piel seca e intenso prurito y habitualmente, tiene lugar en personas con una historia personal o familiar de atopia. Estos pacientes precisan de unos cuidados específicos durante toda su vida, especialmente en los periodos de brotes. Esto genera unos costos aproximados entre 150 y 200 .euros mensuales, siendo sufragados la mayor parte por el paciente. La dermatitis es una enfermedad de la piel más común de lo que creemos. Se calcula que entre un quince y un veinte por cien de la población europea la padece. Comúnmente es más conocida por eczema.

### OBJETIVOS

#### a) Generales:

- Conocer la actuación enfermera ante un paciente niño que acude a consulta de Dermatología con una D.A.
- Potenciar las actividades y las intervenciones enfermeras esenciales para la mejoría de su enfermedad.

#### b). Específicos:

- Transmitir seguridad en la familia y en el niño.
- Realizar un plan de cuidado específico para el niño.
- Evitar desencadenar los factores de riesgo de la D.A.
- Restablecer el equilibrio graso de la barrera cutánea.

### METODOLOGÍA

En este trabajo vamos a realizar una valoración integral y premeditada de enfermería siguiendo los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon. Para ello disponemos de un lenguaje estandarizado y común para elaborar un plan de cuidados de enfermería específico para nuestro paciente y así responder a

sus necesidades, teniendo muy en cuenta el entorno familiar y escolar al ser un niño de 5 años. Mediante la clasificación NANDA estableceremos los diagnósticos enfermeros. Plantearemos los criterios de resultado de la taxonomía NOC y elegiremos las intervenciones de enfermería siguiendo la clasificación NIC. Estas taxonomías están internacionalmente aceptadas y son precursoras del lenguaje común enfermero estandarizado en la alianza de las interrelaciones NANDA\_NOC\_NIC

### DESARROLLO

Aplicación de las fases del proceso de enfermería para el desarrollo de un plan de cuidados de un paciente de 5 años del Hospital Militar Gómez Ulla con diagnóstico médico de D.A. Se realizó la valoración en función de los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, se formularon y priorizaron los problemas de salud previamente detectados y se establecieron las actuaciones enfermeras correspondientes.

### CONCLUSIONES

Una atención constante genera unos beneficios y una calidad de vida para el paciente.

## A LA ESPERA DE CICATRIZAR HERIDAS

**Autor:** Villar-Hernández Álvaro.

Sevilla

**Contacto:** [alvaro\\_villar87@hotmail.com](mailto:alvaro_villar87@hotmail.com)

Premio a la Mejor Comunicación ORAL en el XII Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica.

### INTRODUCCIÓN

Una manifestación derivada de la Insuficiencia Venosa Crónica (IVC) es la úlcera, aspecto donde muchos pacientes centran sus inquietudes. Nos cuestionamos como para la comunidad científica las úlceras vasculares (UV) son una manifestación más de esta enfermedad crónica; para las personas que padecen úlceras la consideran una enfermedad en sí misma, pudiendo atribuir a la herida toda la carga connotativa y simbólica de enfermedad crónica: "cicatrizada la herida se cura la enfermedad". La persona utiliza como único criterio de la complejidad de su enfermedad, el deterioro de la integridad cutánea, convirtiendo la "alteración de la imagen corporal" en marcador cultural de la dicotomía salud/enfermedad.

### OBJETIVOS

- Resaltar dimensión social y cultural de la enfermedad, y no sólo dimensión biomédica
- Identificar los significados que atribuyen los pacientes a las UV.
- Averiguar los elementos socioculturales que inciden en la vulnerabilidad para desarrollar, mejorar o dificultar el proceso de enfermedad.
- Identificar cómo influye el padecer una UV en el imaginario de la enfermedad.
- Averiguar aspectos sobre calidad de vida:
  - Percepción y expectativas sobre su estado de salud.
  - Nivel cumplimiento terapéutico.
  - Conocer el impacto de atención sanitaria que reciben.

### METODOLOGÍA

Estudio eminentemente cualitativo que acomete una aproximación antropológica hacia personas que padecen UV, diagnosticadas de IVC que acuden a la Unidad Integral de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas y Telecuidados del Hospital Universitario Virgen Macarena.

Estudio descriptivo realizado entre marzo-mayo 2013, combinando técnicas cualitativas y cuantitativas. Las técnicas para la recopilación de datos producción de información utilizadas son: entrevistas, encuestas y observación participante.

## RESULTADOS

La IVC influye visiblemente en la calidad de vida de los encuestados. Con las entrevistas, observación participante y diario de campo, obtuvimos un análisis profundo de las opiniones y actitudes que surgen en la subjetividad de los sujetos. Intentamos desvelar las vivencias cuyas experiencias de vida son suficientemente interesantes para a través de ellas, exponer los entresijos relacionales que dan sentido al comportamiento del grupo.

## CONCLUSIONES

- La experiencia de la enfermedad crónica es incorporada como cotidiana, asimilando como normalidad actividades que han modificado.
- Nunca se asume como normalidad la úlcera. El progreso de la enfermedad está ligada a la evolución de la herida.
- Concepción sano/enfermo depende de la cultura y percepción de la persona, y no de la definición autoritaria del modelo biomédico
- El impacto de atención recibida puede intervenir en el afrontamiento de la enfermedad.
- El saber "llegar" al paciente, a su cultura e idiosincrasia, básico en unos cuidados integrales.

## ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA EN EL MANEJO DEL DOLOR DURANTE LA TERAPIA FOTODINÁMICA

**Autora:** Isabel Serra Guillén

CEU Universidad Cardenal Herrera. Moncada. Valencia

**Contacto:** [iserra@uchceu.es](mailto:iserra@uchceu.es)

Esta comunicación fue galardonada con uno de los 5 Premios al Reconocimiento a la Investigación, patrocinados por la Revista Enfermería Dermatológica, XII Congreso Nacional.

## RESUMEN

La terapia fotodinámica (TFD) es un tratamiento relativamente novedoso para el tratamiento del precáncer y cáncer cutáneo, la técnica la realiza la enfermera desde el principio hasta el final.

Una de las limitaciones de la TFD como tal, es que no existe una normalización de los cuidados enfermeros en este campo, por lo que el objetivo principal de esta revisión es normalizar la intervención enfermera en la TFD, así como determinar qué pacientes manifiestan un mayor grado de dolor durante la TFD e identificar qué medidas son efectivas para paliar el dolor en la TFD.

## HIPÓTESIS

El correcto manejo del dolor en la TFD por parte de la enfermera, posibilita la calidad asistencial y evitan el abandono del tratamiento.

## OBJETIVOS

### General:

Normalizar la intervención enfermera en la TFD.

### Específicos:

- Determinar qué pacientes manifiestan un mayor grado de dolor durante la TFD.
- Identificar qué medidas son efectivas para paliar el dolor en la TFD.
- Determinar qué pacientes deben ser derivados al dermatólogo para que sean sometidos a anestesia de bloqueos nerviosos.

## METODOLOGÍA

Revisión sistemática de la bibliografía publicada desde 2008, hasta diciembre de 2011

## RESULTADOS

**Partiendo de los resultados obtenidos en esta revisión se puede predecir que los pacientes que más dolor van a padecer son:**

- Fototipo bajo de piel tendrán más dolor que los que tienen un fototipo alto.
- Pacientes con queratosis actínicas.
- Pacientes con lesiones en cara y cuero cabelludo.
- Pacientes tratados con luz roja más dolor que con luz azul.
- Los pacientes tratados con crema de ALA tendrán más dolor que los tratados con MAL (Metvix R).

**Partiendo de los resultados obtenidos en esta revisión, se puede concluir que para el tratamiento del dolor:**

- El frío es efectivo contra el dolor moderado.
- La conversación y la distracción influyen en la disminución de la percepción del dolor del paciente.
- Las pausas en la iluminación son efectivas contra el dolor moderado.
- Las cremas anestésicas tópicas no son efectivas ni recomendables porque son contraproducentes para el efecto óptimo de la técnica.
- La anestesia local no es bien tolerada por el paciente debido a los múltiples pinchazos.
- Los bloqueos nerviosos en cara es la mejor opción para tratar el dolor en zonas amplias donde se prevé que habrá dolor intenso.

Se podrían derivar al dermatólogo para que se les realice un bloqueo nervioso, a aquellos pacientes con múltiples queratosis actínicas en cuero cabelludo y cara, ya que según este estudio serán los que tendrán dolor muy intenso.

## RELACIÓN ENTRE EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Y LA REPERCUSIÓN CUTÁNEA DEL MISMO

**Autora:** Elena Castellano Rioja.

Universidad Católica de Valencia. Grupo investigación Integridad y Cuidados de la piel

**Contacto:** [elena.castellano@ucv.es](mailto:elena.castellano@ucv.es)

Las relaciones entre la psiquiatría-psicología y la dermatología quedan patentes en muchos estudios de investigación y en el día a día de nuestros pacientes.

Desde siempre, piel y emociones han estado unidas por un estrecho lazo. Ya se puede discernir en los primeros poblados primitivos, que pintaban sus pieles como símbolo de victoria ó para celebraciones. Otros poblados amazonas, tatuaban su cuerpo para distinguirse según pertenecieran a diferentes tribus, lo cuál era símbolo de orgullo y respeto. Rubor, sudor, picor...muchos son los signos y síntomas...

Ya en 1995 se celebra en Barcelona la primera reunión del grupo español de Dermatología y Psiquiatría (AEDYP).

De hecho, éstos autores afirman, según bibliografía revisada, que al menos una tercera parte de los pacientes atendidos en las consultas de dermatología precisaría para un tratamiento eficaz, una valoración de los aspectos emocionales y psicossociales asociados.

Es más, añaden, que entre el 20-40% de los pacientes que acuden en busca de tratamiento por alguna afección de la piel, tienen algún tipo de problema psiquiátrico ó psicológico que complica los síntomas.

También relacionan el estrés con el efecto de las hormonas esteroideas y las catecolaminas sobre las células del sistema inmune, con anomalías en el eje hipotalámico hipofisiario suprarrenal, con factores titulares como la secreción de neuropeptidos y neurohormonas y con alteraciones en la piel como función de barrera.

De hecho, como citan Romani y Chesa 2005, sería ideal que el enfermo que acude en primer lugar al dermatólogo porque es donde aparece la lesión visible, llevara un seguimiento y control también exhaustivo de sus síntomas psiquiátricos y psicológicos de ser necesario, ya que incluso en muchas ocasiones, es el propio paciente el que no ve la necesidad de este tratamiento, y es labor del personal sanitario el educarle para que así sea.

Es más, pocos son los pacientes que consultan por una posible etiopatogenia de su dermatosis, sin embargo, son muchos los que reflejan la gran influencia que ejercen los acontecimientos vitales estresantes en la evolución de sus lesiones cutáneas. (Tribó Boixareu 2006)

La ansiedad es uno de los indicadores más estudiados, y directamente relacionado con ella, las distintas respuestas somáticas a todos los niveles.

Es una situación circular, la ansiedad-estrés es problemática para la piel. Un mal estado de la piel genera estrés y ansiedad. Y esto se complica cuando el paciente padece algún tipo de trastorno, como ocurre en los trastornos del pensamiento, la obsesión seguida de compulsión.

En esta línea, se realizó un trabajo de investigación, para analizar concretamente la relación entre los tipos de ansiedad estado-rasgo y su repercusión somática en el estado de la piel. El objetivo era valorar si la actuación en el tratamiento de estos problemas, precisa de una atención mayor por parte de la psicología y, de ser así, valorar la relevancia de aplicar los tratamientos más dirigidos a un tipo u otro de ansiedad. Para ello se realizó un estudio observacional prospectivo longitudinal con alumnos de la diplomatura de enfermería en el año 2010 que cursaran la asignatura técnicas de autocontrol emocional.

Los resultados demostraron que ambos tipos de análisis coinciden. Aunque existe relación entre el estrés y las manifestaciones cutáneas, no existen diferencias significativas según el tipo de ansiedad estudiado, y sólo se refleja una clara relación de dependencia entre ansiedad rasgo, y la aparición de dermatitis.

Por tanto, el tratamiento psicológico a aplicar no debe elegirse teniendo en cuenta el tipo de ansiedad que presente el paciente, según los resultados de nuestro estudio, pero lo que sí queda claro es que debe hacerse un tratamiento psicológico al acompañante también.

En definitiva, sí que es evidente la relación existente entre patología psiquiátrica-psicológica y piel. Y es por ello que debe tenerse en cuenta esta relación para una mejor atención holística a nuestros pacientes

## COMPETENCIAS EN ÚLCERAS CUTÁNEAS Y HERIDAS CRÓNICAS SEGÚN LA PRIMERA REGLAMENTACIÓN PARA LA ENSEÑANZA DE PRACTICANTES DE 1861

**Autores:** Rumbo Prieto JM, Arantón Areosa L, Pesado-Cardelle JA, Vidal-Maróño E, Quintián-Méndez M, Vaquero-Rodríguez ME.

Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. Servizo Galego de Saúde

**Contacto:** [jmrumbob@gmail.com](mailto:jmrumbob@gmail.com)

**OBJETIVO:** Identificar y describir que conocimientos teórico-prácticos, relacionados con la cura de úlceras cutáneas y heridas crónicas, debía recibir y superar el aspirante al título de Practicante en 1861.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo, bibliográfico, histórico y documental. Revisión de textos editados entre 1860 y 1900, específicos para el estudio y preparación del título de Practicante según la Real Orden de la Reina Isabel II, de disposición sobre los estudios teórico-prácticos que tenían que exigirse a la clase de practicantes y la Real Orden sobre el Reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas. Se realizó transcripción y análisis documental de contenidos por técnica de grupo nominal.

**RESULTADOS:** Fueron analizados 3 manuales de instrucción específicos para cursar los estudios y la preparación para el título de Practicante, un Vade-Mecum de edición exclusiva para practicantes; además de 2 manuales y 4 tratados y/o compendios sobre Cirugía Menor para aprender las habilidades técnicas dirigidas a los futuros practicantes. El aspirante a practicante debía recibir nociones de anatomía de las extremidades, ser habilidoso en el arte de la cura y tratamiento con apósitos y vendajes compresivos, saber aplicar terapias medicamentosas tópicas, mitigar el dolor y la infección; así como los cuidados de la piel perilesional. Su formación teórica en esta materia suponía el 20% de la carga teórica y el 50% de las prácticas hospitalarias. La cura semi-húmeda y la aspiración por vacío eran alguna de las terapias más demandadas.

**CONCLUSIONES:** La curación y el tratamiento de úlceras cutáneas y heridas crónicas fue una de las competencias teórico-prácticas más importantes de la carrera de Practicante; y una buena parte de las prácticas obligatorias del Practicante se dedicaba a tratar afecciones cutáneas que requerían hacer curas metódicas para asegurar una cicatrización exitosa. El más hábil de los alumnos no lograría ser un buen practicante si no sabía hacer buenas curas. Además, podemos constatar que el practicante fue uno de los primeros expertos en el manejo de este tipo de lesiones.

## HIGIENE DE LA PIEL EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO

**Autora:** Carmen Alba Moratilla

Responsable Unidad Funcional de Heridas en hospital clínico de Valencia

**Contacto:** [carmenalbamoratilla@gmail.com](mailto:carmenalbamoratilla@gmail.com)

### INTRODUCCIÓN

El tratamiento de las heridas implica abordar todos los factores que interfieren en el proceso de cicatrización. El cierre de la herida se puede alterar por la desnutrición u otros factores intrínsecos, entre estos, uno de los más relevantes es la enfermedad arterial periférica que interfiere en la angiogénesis y la formación de la matriz extracelular o los factores extrínsecos como la presión continuada o los procesos inflamatorios<sup>1</sup>.

Entre los factores extrínsecos que jamás se ha de obviar es el de la higiene de la herida, del paciente y del propio profesional, si ella no es posible controlar los procesos inflamatorios

### OBJETIVOS

Mostrar un conjunto de conocimientos y técnicas que se han de aplicar para el control de los factores nocivos (en relación a la higiene) que pueden alterar el proceso de cicatrización.

Mostrar resultados del proceso de cicatrización obtenidos en base a un protocolo de cuidados en tre los cuales se encuentra la higiene

### METODOLOGÍA

Aplicación de cuidados a todos los pacientes, cuyo factor común es la higiene de manos y del paciente, realizándola con productos específicos en función de cada situación o problema.

Productos empleados para "Terapia dermatológica": S. hidroalcohólicas, agua y jabón, esponjas jabonosas o con clorhexidrina, emolientes (epaderm cream, ointment, silkses, vaselina, AGHO, dimeticona, Linimento oleocalcare...), hidratantes liposomados como el hidradem Hyal o de bajo costo como crema de argan

## RESULTADOS

El 80,3% (379) de los procesos han precisado, para su resolución, entre 1 y 10 visitas a la unidad, siendo 56 procesos a los que se les dio el alta el primer día que acudieron a la visita, 235 que precisaron de 2 a 5 visitas y 88 que precisaron de 6 a 10 visitas a la UFHe.

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos se han logrado en base a cuidados realizados, basados en la evidencia, logrando la resolución de los procesos en cortos periodos de tiempo a un costo económico mínimo.

**Puntos clave en el abordaje de las heridas: Detección etiológica de la lesión** para determinar posteriormente la opción terapéutica más eficiente que en todos los casos incluye "Terapia dermatológica".

- 1 Falanga V. Wound healing and its impairment in the diabetic foot. Lancet 2005; 366: 1736-43. Review

## VALORACION DERMATITIS DEL PAÑAL POR HUMEDAD

**Autor:** Federico Palomar Llatas

Coordinador Unidad de Enfermería Dermatológica, úlceras y heridas Hospital General Universitario de Valencia. Director Cátedra Hartmann de Integridad y cuidado de la Piel. Universidad Católica de Valencia

**Contacto:** [federicop43@gmail.com](mailto:federicop43@gmail.com)

## INTRODUCCION

La piel del anciano particularmente presenta un déficit en su composición fisiológica y un deterioro perdiendo parte de sus facultades y la de cualquier paciente que está expuesto a un continuo contacto con la humedad, sea de la etiología que sea, es necesario proteger esta piel con cremas o productos barrera.

El exudado de las heridas crónicas contienen encima proteolíticos como la proteasa, con un alto nivel lesivo para la piel perilesional. Las heces poseen proteasa y lipasa de origen pancreático, las enzimas fecales transforman la urea de la orina en amoníaco.

Las enzimas fecales, la alcalinidad de la orina, los restos de jugo gástrico, el propio sudor, los exudados de las heridas crónicas principalmente e incluso el mal lavado y secado de los pacientes, hacen la el manto ácido de la piel pierda su poder defensivo o barrera natural y llegue a deteriorarse y perder su integridad tanto superficial como conllevar a lesiones más profundas<sup>7</sup>.

Por tanto cuatro factores de riesgo podemos encontrar en la piel de un paciente: la acción irritante de los fluidos sobre la piel, el continuo contacto de la piel con estos fluidos y por tanto el exceso de humedad, el factor mecánico a la hora de la limpieza o retirada de estos fluidos (detergentes, plásticos del pañal, perfumes, etc.) y la mala praxis al dejar residuos de las sustancias limpiadoras y mínimo secado. Dando lugar a una dermatitis del pañal o de contacto. Proceso cutáneo irritativo e inflamatorio. El uso de dispositivos absorbentes para el cuidado de la incontinencia en pacientes geriátricos es útil, para lo que es necesario tener un plan de cuidados.

## OBJETIVOS

Objetivo General. Desarrollar de una escala de valoración con iconografía de lesiones debidas a una dermatitis irritativa por humedad.

Objetivo 1. Determinar las causas deterioro de la integridad cutánea en el anciano con incontinencia.

Objetivo 2. Recomendaciones sobre el uso adecuado de los dispositivos absorbentes en el cuidado del anciano incontinente urinaria/fecal para prevenir el deterioro de la integridad cutánea y las consiguientes complicaciones.

## DESARROLLO DEL PROYECTO.

*Tipo de estudio:* Estudio descriptivo observacional prospectivo.

*Ámbito:* Consorcio Hospital General Universitario de Valencia y

Cátedra Integridad y Cuidado de la Piel (Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir).

Basado el estudio en la Escalavizual del eritema (EVE).

0: No eritema

1: Poco eritema (casi imperceptible)

2: Eritema moderado (piel rosa)

3: Eritema intenso (piel púrpura o roja)

4: Piel rota o abrasión

EVE: (Nix D, Ermer.Seltun J. A Review of perineal Skin Care protocols and Skin barrier product use.Ostomy wound manage 2004; 50(12):59-67)

## ENFERMERÍA ESCOLAR: EXPERIENCIA EN TALLERES DE FOTOPROTECCIÓN EN LA ESCUELA

**Autores:** Borràs-Ferrer M, Bruno J, Carod-López S, Pérez-López M.

CEIP Cavite - Isla de Hierro. Valencia.

**Contacto:** [Saray@hectordiego.com](mailto:Saray@hectordiego.com)

## INTRODUCCIÓN

Los niños son uno de los grupos poblacionales en los que más debe extremarse la fotoprotección dado que son muy sensibles a los efectos negativos derivados de una exposición solar excesiva e inadecuada. Estudios demuestran que la exposición a la radiación ultravioleta y las quemaduras durante la infancia son un factor de riesgo fundamental para el desarrollo de cáncer cutáneo en la edad adulta. Está suficientemente demostrada la eficacia de implantar programas de Educación para la Salud (EpS) a edades tempranas, antes de que aparezcan conductas de riesgo. La enfermera escolar es el profesional idóneo para llevar a cabo estos programas en los centros educativos.

## OBJETIVOS

Fomentar en la población escolar la adquisición de hábitos, actitudes y estilos de vida saludables con respecto a la exposición solar y concienciar al profesorado implicado sobre la importancia de inculcar hábitos saludables de protección solar desde edades muy tempranas.

## METODOLOGÍA

Talleres teórico-prácticos de fotoprotección impartidos por enfermeras escolares dirigidos a alumnos de entre 3 y 12 años de edad, es decir, desde 1º nivel de 2º Ciclo de Educación Infantil hasta 6º nivel de Educación Primaria de centros educativos públicos y concertados de Valencia capital, realizados durante los tres últimos cursos escolares (2010-11, 2011-12 y 2012-13) adaptando los materiales y objetivos a alcanzar a cada etapa educativa.

## RESULTADO

A lo largo de estos tres cursos académicos el proyecto se ha llevado a cabo en 88 colegios, en un total de 390 cursos y 9750 alumnos. El 94% de los docentes considera que la enfermera escolar expone con claridad los conceptos y conoce en profundidad el tema a tratar. El 98% opina que la enfermera ha sido capaz de captar el interés del grupo y el 97% que la metodología y los medios didácticos utilizados han sido adecuados para facilitar el aprendizaje. El 100% sostiene que la organización ha sido adecuada y el taller ha sido interesante y beneficioso para el alumnado.

## CONCLUSIÓN

Si bien no se ha evaluado la adquisición de conocimientos y modificación de actitudes en el alumnado después de la intervención educativa proporcionada por la enfermera escolar, siendo éste un objetivo pendiente de alcanzar durante este curso académico, sí se ha evaluado durante estos tres años la satisfacción y necesidad del taller por parte del profesorado, siendo estos resultados muy positivos.

# COMUNICACIONES PÓSTER DEL XII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA

## ÚLCERA POR PRESIÓN IATROGENICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

**Autores:** Landete-Belda L.

Grupo investigación Integridad y Cuidados de la piel. Universidad Católica de Valencia.

**Contacto:** [lylanbel@gmail.com](mailto:lylanbel@gmail.com)

Premio Compartido a la Mejor Comunicación PÓSTER en el XII Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica.

### INTRODUCCIÓN

La implantación de estimuladores cardíacos, como técnica quirúrgica puede presentar una serie de complicaciones como la lesión de la piel bajo la que se encuentra el dispositivo, bien por fuerzas mecánicas de presión o por infección de la bolsa donde ésta aloja (prevalencia del 1%).

### PRESENTACION DEL CASO

#### Antecedentes personales

- Hombre
- 65 años
- DAI desde el año 2004, situado en cuadrante superior del tórax
- Recambio del dispositivo en el 2010
- Fumador
- EPOC, Cardiopatía
- Independiente para AVD

**Características de la lesión:** aspecto hematomatoso. No edemas ni coacción. Dolor (nivel 3 EVA). No solución de continuidad, inicio de necrosis.

**Plan de cuidados: diagnósticos principales, objetivos e intervenciones.-**

Problema de colaboración:	Úlcera por presión	
NANDA	NOC	NIC
00044 <b>Deterioro de la integridad tisular</b> r/c factores mecánicos m/p lesión de los tejidos sin solución de continuidad	1101 - Integridad tisular: piel y membranas mucosa	3590 - Vigilancia de la piel 3660 - Cuidados de las heridas
00047 <b>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea</b> r/c factores mecánicos (marcapasos)	1902 - Control del riesgo	3500 - Manejo de presiones
Problema de colaboración:	Dolor	
00132 <b>Dolor agudo</b> r/c lesión tisular m/p manifestación verbal.	1605 - Control del dolor	1400 - Manejo del dolor 0840 - Cambio de posición 2210 - Administración de analgésicos
Problemas de colaboración	Riesgo de infección	
00004 <b>Riesgo de infección</b> r/c solución de continuidad de la piel: incisión quirúrgica	1102 - Curación de la herida: primera intención 1902 - Control del riesgo	3660 - Cuidados de las heridas 6550 - Protección contra las infecciones

### EVALUACIÓN DEL CASO

Intervención de forma ambulatoria para recolocación del dispositivo en zona submuscular, evitando así la presión contra el plano cutáneo.

A los 15 días se observa buena evolución: Ausencia de signos locales/sistémico de infección y disminución del dolor (EVA 1).

### DISCUSIÓN

La eliminación del factor causal mediante procedimiento quirúrgico (eliminación de la presión constante contra el plano cutáneo) es la solución más adecuada.

Problema multidisciplinar que implica la necesidad de un segui-

miento y control por enfermería desde el implante del dispositivo para la vigilancia de signos y síntomas específicos (dolor local, retracción de la piel, edema, erosión, etc)

## CONSULTA DE ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA. DIEZ AÑOS DE EVOLUCIÓN: 2002-2012

**Autores:** Martín de Aguilera -Moro MC; Hernández-Orta P; Pina-García R; Blasco-Zoco M.

Hospital Reina Sofía de Tudela

**Contacto:** [mc.martin.deaguilera@cfnavarra.es](mailto:mc.martin.deaguilera@cfnavarra.es)

Comunicación galardonada con uno de los 5 Premios al Reconocimiento a la Investigación, patrocinados por la Revista Enfermería Dermatológica, en el XII Congreso Nacional.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las Consultas de Enfermería Dermatológica (CEDER) atienden a pacientes procedentes de las consultas médicas del servicio de dermatología tanto con patología crónica, como es el caso de la Psoriasis, como en procesos agudos y quirúrgicos.

Antes de la creación de la CEDER se realizaban actividades de Enfermería delegadas y colaboraciones con el dermatólogo (instrumentación, curas, aplicación y lectura de pruebas de contacto, etc...), sin llegar a desarrollar actividades propias de nuestra profesión.

La evolución a lo largo de estos 10 años de existencia y las prestaciones que poco a poco se han ido introduciendo han sido determinadas por las necesidades que los pacientes nos han ido planteando y por los avances e implantación de las nuevas posibilidades terapéuticas.

El propósito de nuestro trabajo de investigación es ver la evolución de las CEDER en los últimos 10 años.

### METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo y descriptivo de los pacientes que acudieron a la Consulta de Enfermería Dermatológica del Hospital Reina Sofía de Tudela (Navarra), desde los años comprendidos entre el 2002 y el 2012.

### RESULTADOS

Presento la actividad de nuestra consulta durante los 10 años de actividad (2002-2012). Se han atendido 12.488 visitas: Curas: 3.737; tratamientos tópicos: 4283; Curetajes: 655; Pruebas Epicutaneas: 430; Inmuno local: 712; Control Psoriasis: 426; tratamientos Biológicos : 113; Control de tratamientos: 532; Terapia Foto dinámica: 462; Maquillaje Corrector: 52; Información telefónica; 969; Infiltraciones : 19; Revisión de historias; 19.

### CONCLUSIONES

La puesta en marcha de las CEDER y el incremento de sus prestaciones supone un gran avance en el cuidado integral e individualizado de estos pacientes., ya que una adecuada información de la enfermedad y su tratamiento ayuda a mejorar el cumplimiento y la adhesión terapéutica.

Además se observa una mejora en la relación de confianza Dermatólogo-Enfermera-Paciente y permite a las enfermeras trabajar de manera científica y organizada. De este modo, la Enfermería puede demostrar su capacitación y especialización en el cuidado de la integridad cutánea.

## ALOPECIA AREATA TRATADA CON DIFENCIPRONA TÓPICA. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**Autores:** Hernández-Orta M.P; Martín de Aguilera-Moro M.C.; Pina-García R.; Pérez-Pelegay J.; Rivera-Fuertes I.; Lafuente-Urrez F.

Hospital Reina Sofía de Tudela

**Contacto:** [mp.hernandez.orta@cnv Navarra.es](mailto:mp.hernandez.orta@cnv Navarra.es)

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Alopecia Areata (AA) es una enfermedad dermatológica de carácter autoinmune. Afecta a hombres y mujeres de todas las edades, pero se da más en jóvenes. El estrés y factores emocionales son posibles causas de inicio y exacerbación de la enfermedad y la pérdida de pelo puede ocasionar también preocupación, estrés y disminuir la autoestima de quien la padece.

Su evolución es impredecible y la mayor parte de los pacientes pueden tener recidivas. Los tratamientos pueden durar meses o años y deben individualizarse según la severidad de la afectación, la repercusión en el paciente, la edad... La Difenciprona (DFP) es un potente sensibilizante que aplicado de forma tópica provoca una reacción eczematosa que da lugar a una disminución de la inflamación de origen autoinmune. Es una opción en caso de enfermedad extensa.

### OBJETIVOS

- Informar sobre las características de la enfermedad
- Ofrecer atención y cuidados individualizados durante el proceso
- Favorecer la adherencia al tratamiento y detectar efectos secundarios
- Facilitar apoyo emocional y mejorar la calidad de vida del paciente.

### METODOLOGÍA

Protocolo de tratamiento con Difenciprona tópica y cuidados enfermeros que se derivan.

Revisión de 6 casos elegidos al azar de pacientes con AA tratados con DFC tópica en nuestra unidad.

### RESULTADOS

- De los 6 casos revisados 5 eran hombres y 1 mujer, con una edad media de 38 años.
- Todos ellos han precisado ajustar la concentración de DCP. 1 paciente abandonó el tratamiento por reacción severa y mantenida en la nuca a pesar de bajar dosis y 2 pacientes (con AA total) por presentar recidivas.
- La mujer afecta de AA total está ahora con otros tratamientos y durante el proceso está llevando peluca.
- Actualmente siguen con DFP 3 pacientes con buenos resultados.

### CONCLUSIONES

La AA tiene un pronóstico impredecible, con episodios de recuperación y recurrencias. Puede provocar importantes trastornos estéticos y afectar psíquica y emocionalmente al paciente. Las formas extensas suelen precisar de tratamientos variados y prolongados. La aplicación de DFC tópica provoca una dermatitis de contacto alérgica que puede ser molesta para el paciente.

Enfermería puede ofrecer al paciente información y cuidados durante el proceso, favorecer la adherencia a los tratamientos, controlar la posible aparición de efectos adversos y facilitar el apoyo emocional para mejorar su autoestima y calidad de vida.

## COMO DESBRIDAR, CONTROLAR LA INFECCIÓN Y PREPARA EL LECHO DE LA LESIÓN CON EL EMPLEO DE UN SOLO APÓSITO

**Autores:** Giménez-Tebar JL<sup>1,2</sup>, Wanden-Bergher C<sup>3</sup>, Alcobér-Pérez J<sup>3</sup>, Olea-Soto J<sup>3</sup>, Mas-Pla MJ<sup>4</sup>, Megina-Martín MJ<sup>5</sup>.

1. Responsable de la Unidad Docente e Investigadora sobre Heridas Agudas y Crónicas del Departamento de Salud de Alicante-HGUA.
2. Enfermero de la Unidad de Hospitalización a Domicilio del HGUA.
3. Médico/a de la Unidad de Hospitalización a Domicilio del HGUA.
4. Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).
5. Enfermera de Cuidados Intensivos del HGUA.

**Contacto:** [gimenez\\_josteb@gva.es](mailto:gimenez_josteb@gva.es)

### INTRODUCCIÓN

En toda herida crónica, necesitamos un apósito que prepare eficazmente el lecho de la herida en la fase inflamatoria y que reactive la cicatrización en heridas estancadas, es decir, que la aparición de tejidos infectados y necróticos disminuya mientras que la cuota de tejido de granulación se incrementa.

### OBJETIVO

1. Eliminar el tejido no viable rápidamente.
2. Preparar el lecho de la lesión para su rápida cicatrización.
3. Disminuir la infección en los tejidos de la herida.

### MÉTODO

Se diseñó un estudio observacional prospectivo que duró 22 meses. Para valorar la evolución en la cicatrización de las heridas se utilizó la escala PUSH 3.0. Como criterios de inclusión debían cumplir:

1. Presentar en el apartado de "tipo de tejido", esfaceloso-tejido necrótico, del PUSH 3.0.
2. Poder realizarle curas en nuestra unidad, al menos durante 14 semanas.
3. Aceptar la inclusión en el estudio.

Criterio de exclusión: No aceptar la inclusión en el estudio.

Completaron el estudio 15 pacientes.

### RESULTADOS

Todas las lesiones pasaron de un PUSH 3.0 de 3 a 4, en el apartado de "tipo de tejido" a 1-2, en una media de  $1 \pm 1,2$  semanas.

La evolución de la cicatrización pasa de un valor de  $13 \pm 2,2$  al inicio, a  $0 + 0,5$  al final en la escala PUSH 3.0.

Todas las lesiones presentaban al final del estudio cultivo antimicrobiano negativo.

Todas las heridas cicatrizaron en una media de  $7 \pm 1,8$  semanas.

### CONCLUSIONES

- La apariencia de tejidos infectados y necróticos disminuyó mientras que la cuota de tejido de granulación incrementó.
- Favorece la eliminación de tejidos necróticos a través de un desbridamiento autolítico.
- Cicatrización de las heridas de forma considerable, el PUSH 3.0 pasa de  $13 \pm 2,2$  al inicio, a  $0-1$  en una media de  $7 \pm 1,8$  semanas.

### BIBLIOGRAFIA

1. M. Knestele. The treatment of problematic wounds with TenderWet – tried and tested over many years in clinical practice König M; Vanscheidt W; Augustin M; Kapp H Enzymatic versus autolytic debridement of chronic leg ulcers: a

prospective randomised trial.; Journal of wound care, Vol. 14 (7), p: 320-3

- Zoellner, P. Tenderwet active – Observational Clinical Study with 403 patients, Germany, 2005

## COMO TRATAR LESIONES INFECTADAS Y/O CON COLONIZACIÓN CRÍTICA MEDIANTE UNA MALLA DE PLATA METÁLICA

**Autores:** Gimenez-Tebar JL1,2, Muñoz-Puller P2, Patiño-Muñoz D2, Prieto-Rey MA2, Mas-Pla MJ3, Moreno-Alzamora AE3, Ariño-Lobos V4.

- Responsable Unidad Docente- Investigadora sobre Heridas Agudas y Crónicas. Dpto. Salud Alicante-HGUA.
- Enfermero de la Unidad de Hospitalización a Domicilio del HGUA.
- Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).
- Enfermera del Servicio de Urgencias del HGUA.

**Contacto:** [gimenez\\_josteb@gva.es](mailto:gimenez_josteb@gva.es)

### INTRODUCCIÓN

En heridas con signos clásicos de infección local: eritema de los bordes (color), edema, calor, dolor, mal olor, exudado purulento; y en las que se retrasa su curación debido a la existencia de biofilms bacterianos, es necesario su erradicación para una rápida cicatrización.

### OBJETIVO

Los objetivos del presente estudio son valorar la eficacia de la malla de plata metálica impregnada con ácidos grasos en heridas infectadas o/y colonizadas.

### MATERIAL Y METODOS

Se diseñó un estudio observacional prospectivo que duró 11 meses.

Como criterios de inclusión debían cumplir:

- Presentar heridas con signos clásicos de infección local que retrasara su cicatrización.
- Poder realizarle curas en nuestra unidad, al menos durante 4 semanas.
- Aceptar la inclusión en el estudio.

Criterio de exclusión:

- Presentar tratamiento médico antibiótico local, oral o parenteral.

Completaron el estudio 18 pacientes.

### RESULTADOS

La retirada de la malla es indolora.

La plata que contiene no tiñe la herida, ni la piel perilesional.

Después de finalizar el tratamiento con la malla de plata metálica impregnada con ácidos grasos el lecho de la herida queda limpio y adecuado para su epitelización.

Al finalizar el estudio, todos los pacientes, presentaban antibiograma negativo.

Se evitó el consumo de antibióticos sistémicos.

### CONCLUSIONES

Como conclusión se consiguió eliminar la carga bacteriana en heridas infectadas y colonizadas y respetar el tejido de granulación por su capacidad no adherente dada gracias a la impregnación de pomada de ácidos grasos di- y tri- glicéridos.

Ningún paciente presentó signos, ni síntomas de alergia a la plata.

Se usó menos del 50% de tiempo para la cura que con otros agentes tópicos y se aceleró la cicatrización de las lesiones.

## BIBLIOGRAFIA

- K. Ziegler. R. Görl. J. Effing. J. Ellermann. M. Mappes. S. Otten. H. Kapp. P. Zoellner. D. Spaeth. H. Smola. Reduced Cellular Toxicity of a New Silver-Containing Antimicrobial Dressing and Clinical Performance in Non-Healing Wounds. *Skin Pharmacol Physiol* 2006;19:140–146
- Holger Kapp. Treatment of infected and infection-prone wounds with Atrauman Ag. *Aktuelle Dermatologie* 2005; 31: 561– 565).
- Holger Kapp. Impregnated primary dressing containing silver promotes healing of wounds and treats the wound margins.

## CASO CLÍNICO: TRATAMIENTO CON APÓSITOS BACTERIOSTÁTICOS

**Autores:** Ferrero-Rodríguez J L, Bayón-Velasco M.L.

**Contacto:** [mluzfeba@gmail.com](mailto:mluzfeba@gmail.com)

### CASO CLÍNICO

Paciente varón de 45 años, indigente, rumano, con domicilio en la calle, acude a urgencias, por la noche, el 19-Junio -2012 por lesiones en cuello, manos y pies. Es remitido a la consulta de Dermatología. Fue visto en este servicio por primera vez al día siguiente. El dermatólogo le pautó vía sistémica Cloxacilina y lo derivó a la consulta de enfermería.

El paciente llega orientado, hidratado, algo desnutrido. Presenta ampollas serohemorrágicas en dorso de pie derecho (dudas sobre posible celulitis). La causa de las ampollas se sospecha que es por quemadura solar y algún componente traumático.

Nuestra actuación fue la siguiente:

Lavado con solución jabonosa con clorhexidina al 4%. Posteriormente se drenaron las flictenas, lecho rojo, contenido serohemático. Se ponen apósitos impregnados de Polihexanida y betaina (solución para el lavado de heridas) 10 minutos en cada lesión.

Ponemos ácidos grasos en el lecho de las quemaduras y alrededor. Encima un apósito bacteriostático y vendaje compresivo en ambas piernas y apósitos oclusivos en el resto. Se realizan curas diarias los primeros días, aplazándolos posteriormente de una manera progresiva. Va evolucionando favorablemente. En una de las curas se aplicó pomada de betametasona /gentamicina.

El apósito bacteriostático utilizado es una esponja que incorpora los pigmentos naturales: azul de metileno y violeta de genciana proporcionando un amplio espectro de protección bacteriostática. Se usa recortándolo a la medida de la lesión. Se moja con suero salino estéril y se cubre con un apósito secundario (en este caso han sido apósitos de gasa) para prevenir el desplazamiento y mantener el grado de humedad. Requiere cambio diario o no dependiendo de que conserve el color azul.

El paciente es dado de alta el día 4-Julio-2012 por resolución de los problemas motivo de la consulta.

## ESTUDIO COMPARATIVO IN VITRO DE LA CAPACIDAD DE ABSORCIÓN DE LAS ESPUMAS HIDROPOLIMÉRICAS

**Autor:** Carbonell – Puig F.

C. A. P. Almussafes

**Contacto:** [ferrancapu@gmail.com](mailto:ferrancapu@gmail.com)

Comunicación galardonada con uno de los 5 Premios al Reconocimiento a la Investigación, patrocinados por la Revista Enfermería Dermatológica, en el XII Congreso Nacional.

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En la actualidad existen una gran variedad de apósitos para el tratamiento de las heridas con diversos fines: hidratación, absorción del exudado, evitar la adherencia del tejido de granulación,... y con diferentes momentos terapéuticos.

En el siguiente trabajo se valora y se compara la capacidad de absorción, tanto por expansión libre como bajo presión estándar de 40 mmHg, del grupo de apósitos de espumas hidropoliméricas.

## METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio in vitro siguiendo el protocolo marcado por la norma UNE- EN13726: *Métodos de ensayo para apósitos primarios*. Se han seleccionado catorce tipos de espumas hidropoliméricas de las diferentes casas comerciales, con el fin de compararlas entre sí.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos en las sucesivas mediciones y siguiendo el protocolo establecido nos muestran como el apósito con mejores resultados en las dos situaciones propuestas es el Biatin Contact®, tanto en cantidad total de exudado como en su relación superficie y peso del apósito. También los apósitos Meplex Border®, por expansión libre, y Tielle Extra® bajo presión, obtienen buenos resultados en cuanto a cantidad absorbida. Destaca en cuanto a la relación de la capacidad de absorción con el peso del apósito el Askina Foam.

## CONCLUSIONES

A pesar de las limitaciones que presentan los estudios in vitro, los resultados obtenidos junto con la bibliografía existente, ayudarán a los profesionales en la elección del mejor apósito según las heridas a tratar.

## PROTEGER TALONES Y MALEOLOS CON UN SOLO APÓSITO DE FORMA ANATÓMICA

**Autores:** Giménez-Tebar JL<sup>1,2</sup>, Muñoz-Puller, P<sup>2</sup>, Patiño-Muñoz D<sup>2</sup>, Prieto-Rey MA<sup>2</sup>, Mas-Pla MJ<sup>3</sup>, Moreno-Alzamora AE<sup>3</sup>, Ariño-Lobos V<sup>4</sup>.

1. Responsable de la Unidad Docente e Investigadora sobre Heridas Agudas y Crónicas del Departamento de Salud de Alicante-HGUA.
2. Enfermero de la Unidad de Hospitalización a Domicilio del HGUA.
3. Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).
4. Enfermera del Servicio de Urgencias del HGUA.

Contacto: [gimenez\\_josteb@gva.es](mailto:gimenez_josteb@gva.es)

## INTRODUCCIÓN

Cada vez más, las unidades de hospitalización nos encontramos con pacientes, cuyo riesgo de padecer una úlcera por presión (UPP), es más elevado. Esto nos obliga a adaptar nuestros cuidados de enfermería de una manera individualizada y a dotarnos de unos medios más adecuados para afrontar estos nuevos retos, en definitiva a innovar en nuestra profesión de enfermería.

## OBJETIVO

Los objetivos del presente estudio son valorar la eficacia del uso de un apósito hidrocelular en la prevención y el tratamiento de las UPP en talones.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se seleccionó un apósito hidrocelular en forma de talonera, que además del talón cubriría ambos maleolos completamente. También disponía de una cinta para la sujeción del apósito.

Se diseñó un estudio observacional prospectivo que duró 9 meses.

Como criterios de inclusión debían cumplir:

1. Presentar riesgo de UPP en ambos talones. Puntuación en la escala de Braden inferior a 18 puntos.
2. Tener UPP en talones en estadio I o II.
3. Aceptar la inclusión en el estudio.

Criterio de exclusión: Presentar UPP en talones en estadio III o IV.

Completaron el estudio 48 pacientes, que fueron observados durante una media de 8 semanas. A todos ellos se les aplicaron ácidos grasos hiperoxigenados 3 veces al día, y cambios posturales.

Al inicio del estudio, los pacientes que presentaban UPP, estaban en estadio I: 18 pacientes, y en estadio II: 8 pacientes.

## RESULTADOS

- Ningún paciente presentó nuevas UPP en el talón durante su permanencia en la UHD.
- Los pacientes de estadio I mejoraron en sus condiciones iniciales al ingreso en la unidad, y no presentaron solución de la integridad cutánea.
- Y en los pacientes de estadio II, sus lesiones cicatrizaron favorablemente.

## CONCLUSIONES

1. La talonera absorbe el exudado no deseado y restos celulares, reduce por tanto la maceración en caso de solución de la integridad cutánea.
2. Promueve la cicatrización de la lesión.
3. Puede retirarse y colocarse sin perder las propiedades de alivio de la presión, en múltiples ocasiones.
4. Fácilmente adaptable al talón y a ambos maleolos y su cinta de sujeción hace que no se desplace, por lo que no es necesario vendaje ni otro tipo de sujeciones.
5. Contribuye al protocolo de reducción de la presión.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Verdú Soriano J, López Casanova P, Fuentes Pagés G, Torra i Bou JE. Prevención de UPP en talones: impacto clínico y económico en una unidad de medicina interna. Revista ROL de Enfermería 2004;27(9).
2. Torra i Bou JE, et al. Úlceras por presión en los talones: Estudio comparativo entre el vendaje protector de talones y un apósito hidrocelular con forma especial para los talones. Revista ROL de Enfermería 2002;25(5).

## LA PIEL PERILESIONAL. COMO PROTEGERLA

**Autores:** Giménez-Tebar JL<sup>(1,2)</sup>, García-Parra A<sup>(2)</sup>, Mas-Pla MJ<sup>(3)</sup>, González-Antón JR<sup>(4)</sup>, Pérez-Cascales ML<sup>(5)</sup>, Segura-Martínez<sup>(5)</sup>.

1. Responsable de la Unidad Docente e Investigadora sobre Heridas Agudas y Crónicas del Departamento de Salud de Alicante-HGUA.
2. Enfermero de la Unidad de Hospitalización a Domicilio del HGUA.
3. Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).
4. Enfermero de Urgencias del Hospital de Villajoyosa.
5. Enfermera. Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria.

Contacto: [gimenez\\_josteb@gva.es](mailto:gimenez_josteb@gva.es)

## INTRODUCCIÓN

Siempre que tratamos una lesión, nos centramos solo en ella, olvidando la piel que la rodea. La piel perilesional necesita cuidados, ya que puede ser una herida futura, sino se trata adecuadamente.

¿Cuántas veces tenemos que cambiar el tratamiento de una úlcera por haber dañado la piel perilesional?

La piel perilesional no es sólo una variable, sino es una pieza fundamental para la correcta evaluación de la situación de una lesión y por consiguiente para su futuro tratamiento y curación.

### OBJETIVO

El objetivo del presente estudio son valorar la eficacia del uso de un apósito absorbente con microadherencia selectiva de Silicona para la piel perilesional.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se pautaron curas cada 48 o 72 horas, según evolución de la lesión y de la cantidad de exudado de esta, hasta su total curación.

Y no usar en lesiones infectadas.

### RESULTADOS

1. Mujer 84 años: A los 2 meses la lesión estaba prácticamente cerrada.
2. Mujer 78 años: Al cabo de 14 días la lesión esta curada.
3. Mujer 74 años, presenta una úlcera por presión en el talón derecho. Al cabo de 32 días la lesión esta curada.
4. Mujer 75 años, presenta una pérdida de la solución cutánea en mano derecha. Al cabo de 16 días la lesión esta curada.
5. Mujer 81 años, presenta una pérdida de la solución cutánea en pierna derecha. Tras 2 meses de curas con múltiples productos, y observando la maceración de la piel perilesional se opta por aplicarle un ASP. Al cabo de 26 días la lesión esta curada.

### CONCLUSIONES/DISCUSIÓN

1. No se adhiere, o daña la superficie de la lesión.
2. Se adhiere y protege suavemente la piel de alrededor.
3. Es fácil de aplicar y fácil de retirar.
4. Puede levantarse sin perder sus propiedades de microadherencia.
5. A todo paciente anamnesis previa en busca de problemas de alergias de contacto en relación con productos de curas.
6. Tenga en cuenta la piel perilesional a la hora de elegir el apósito más adecuado para la herida.
7. Pautar el cambio del apósito en función del estado de la piel perilesional.

### BIBLIOGRAFIA

1. Gago M, García RF, Rueda J, Muñoz AM, Gaztelu V, Vega J. La maceración. Un problema en la piel perilesional de úlceras por presión y heridas crónicas. *Metas de Enferm* 2004;7(4): 18-22.
2. Zillmer R, Karlsmark T, Sjögren MS, Gottrup F. Biophysical effects of repetitive removal of adhesive dressings on the skin surrounding ulcers. *J Wound Care* 2006; 15(5): 1-5.
3. WUWHS. Principles of best practice. Minimising pain at dressing-related procedures. A consensus document. London: MEP Ltd 2004.
4. EWMA. Position document. Pain at wound dressing changes. London: MEP Ltd, 2002.

## DERMATITIS ATÓPICA: INFORMACIÓN Y CONSEJOS

**Autores:** Olmo-Conesa MC, Moreno-Martínez MT, Olmo-Conesa JM, Prados-Ríos A, Navarro-Micol V, Sánchez-Alemán E

Servicio Murciano de Salud

**Contacto:** [mari\\_c\\_o@hotmail.com](mailto:mari_c_o@hotmail.com)

### INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica y recurrente de la piel, de mecanismo inmunológico y,

como consecuencia de reacciones de hipersensibilidad a antígenos variados se liberan factores inflamatorios, que producen en la piel lesiones de eccema. Los antígenos pueden ser alimentos, neuroalérgenos y proteínas bacterianas. Las lesiones eccematosas están constituidas por: espongiosis, edema y microvesículas, esto produce prurito, irritación cutánea, rascado y lesiones inflamatorias simétricas, de aspecto y localización variable según la edad y la ubicación de la enfermedad. Con frecuencia suele asociarse a asma, rinitis y alergia alimentaria. Dicha enfermedad presenta tres estadios: agudo, subagudo y crónico. Los factores de provocación de la dermatitis atópica son: factores emocionales, hormonales, estacionales y climáticos, irritantes, infecciones, alimentos, alérgenos ambientales e irritantes de contacto.

### OBJETIVOS

Los objetivos que nos planteamos son: aclaración de conceptos e información básica sobre la enfermedad al paciente mediante la realización de un tríptico y fomentar la importancia de un adecuado cuidado de la piel para evitar lesiones y posibles complicaciones.

### METODOLOGÍA

El método usado para realizar este trabajo ha sido la revisión bibliográfica, búsqueda de información y la experiencia personal y laboral. El material que hemos utilizado ha sido un tríptico informativo que se ha entregado a un total de 22 pacientes diagnosticados pertenecientes a un mismo cupo médico del centro de salud de Torre-Pacheco.

### RESULTADOS

Para comprobar si los resultados obtenidos ha sido favorables citamos a los pacientes al mes de la entrega del tríptico. Las medidas terapéuticas son generales y rara vez puede requerir hospitalización, no existe cura pero ciertas medidas pueden resultar beneficiosas como son: evitar la temperatura excesiva, humedad escasa o contacto con tejidos como seda o lana, la exposición al sol, evitar el consumo de alimentos estimulantes pues pueden favorecer el prurito, evitar el rascado de lesiones, en las zonas lesionadas, utilizar tejidos que sean transpirables, que el baño sea con agua templada durante unos 20 minutos, con un jabón de pH ligeramente ácido y la adición de sustancias emolientes como la avena, secar la piel sin frotar y el uso de fármacos como los corticoides e inmunosupresores que se han mostrado eficaces para eliminar los síntomas de la crisis.

### CONCLUSIONES

Las conclusiones que se deducen son que el tríptico entregado ha transmitido la suficiente información para mejorar la calidad de vida del paciente y que el propio paciente toma consciencia de la importancia de un adecuado cuidado de la piel para evitar complicaciones.

## GUÍA INFORMATIVA PARA PACIENTES CON ECZEMA EN LAS MANOS

**Autores:** Sierra-Talamantes C, Zaragoza-Ninet V, Fornés-Pujalte B, Díez-Fornés P, Palomar-Llatas F.

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Servicio de Dermatología.

Área de la Piel

**Contacto:** [malacu@ono.com](mailto:malacu@ono.com)

### INTRODUCCIÓN

El eccema en las manos agrupa una serie de manifestaciones inflamatorias, de gran impacto psicológico, de etiología muy variada y compleja, cuya prevalencia se sitúa en torno al 10% de la población. Las causas pueden ser endógenas o exógenas, aunque en muchas ocasiones es una mezcla de varios factores. La morfología clínica y el patrón de distribución son muy variados, lo que dificulta el diagnóstico.

## OBJETIVO

Elaborar un folleto informativo dirigido a pacientes con eczema crónico en las manos, con la finalidad de reforzar las instrucciones proporcionadas en la consulta y facilitar la adherencia al tratamiento y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

## MÉTODO

Para la elaboración del folleto nos hemos basado en la revisión de la literatura más relevante dirigida hacia la educación y la prevención de esta patología. La elección de las recomendaciones se ha realizado mediante un grupo de discusión multidisciplinar.

## RESULTADOS

Hemos elaborado un folleto informativo con tres apartados principales dirigidos a la protección, higiene e hidratación de las manos. Cada apartado principal está constituido por varias recomendaciones dirigidas al cuidado y prevención del eczema de las manos.

## CONCLUSIONES

Los folletos informativos son un elemento útil para reforzar la adherencia al tratamiento y colaborar en la educación del paciente para facilitar la prevención.

## QUEMADURA SUPERFICIAL CON CERA CALIENTE. TRATAMIENTO CON APÓSITO PRIMARIO ÚNICO

**Autores:** S. Álvarez Millán<sup>1</sup>; A.M. Ramírez Pizano<sup>2</sup>; F. García Collado<sup>3</sup>; C. Rivera Fernández<sup>3</sup>; M. García Murillo<sup>3</sup>; E.M. Franco García<sup>3</sup>;

1. Coordinador de Cuidados U.G.C San Juan Aznalfarache (Sevilla).
2. Enfermera U.G.C Cirugía General y Digestiva Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).
3. Enfermero de Familia U.G.C San Juan Aznalfarache (Sevilla).

**Contacto:** [sergioalvarezmillan@gmail.com](mailto:sergioalvarezmillan@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

**Mujer de 34 años sin patología alguna conocida**, que acude a urgencias de Atención Primaria con **Quemadura Dérmica Superficial** (2º grado superficial), de etiología térmica (cera caliente depilatoria) de 24 horas de evolución, ocasionando una flictena de aproximadamente 4 x 6 cm. en zona tibial inferior de la pierna derecha.

**Palabras Claves:** quemadura dérmica, flictena, exeresis, Hidrofibra Ag

## OBJETIVOS

Mediante la pauta de actuación elegida, intentaremos demostrar su efectividad consiguiendo su cicatrización completa utilizando como **ÚNICO apósito primario la Hidrofibra hidrocoloide con plata, AQUACEL AG ®**, durante los **ONCE días que dura el proceso**.

## METODOLOGÍA y RESULTADOS

Tras lavado y desinfección de la zona, se lleva a cabo la exéresis de la flictena. A continuación se aplica apósito de Hidrofibra Ag sobre el lecho de la lesión, sobresaliendo éste unos 2 cm sobre el contorno de la misma; seguidamente cubriremos éste con apósito tradicional secundario (gasas y esparadrapo).

Inicialmente, revisamos la lesión a las 48 horas (**día 2**) para visualizar el aspecto de la misma y la saturación del apósito, sin retirar el mismo del lecho en todo el proceso; ante el aspecto presentado, programamos siguiente revisión pasadas 72 horas (**día 5**) y así hasta su finalización (**día 8 y 11**), consiguiéndose un excelente resultado: **cicatrización y epitelización total de la lesión en 11 días**.

## CONCLUSIÓN

La elección de esta pauta de actuación con la utilización de la Hidrofibra Ag (AQUACEL AG ®), ha reducido el DOLOR de la pa-

ciente desde la aplicación de la misma. Hemos disminuido el RIESGO DE INFECCIÓN de la lesión, ya que han sido necesaria exclusivamente cinco actos de cura, con menor manipulación de la misma que con el apósito tradicional. Por último significar el menor número de curas realizadas, así como el número de apósito utilizado y sus costes asociados. Los aspectos relacionados con el 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 más convencionales.

## FLICTEA SECUNDARIA A QUEMADURA TÉRMICA. ABORDAJE TERAPÉUTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

**Autores:** F. García Collado<sup>3</sup>; S. Álvarez Millán<sup>1</sup>; A.M. Ramírez Pizano<sup>2</sup>; M.C. Rivera Fernández<sup>3</sup>; E. Franco García<sup>3</sup>; M. García Murillo<sup>3</sup>

1. Coordinador de Cuidados U.G.C San Juan Aznalfarache (Sevilla).
2. Enfermera U.G.C Cirugía General y Digestiva Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).
3. Enfermero de Familia U.G.C San Juan Aznalfarache (Sevilla).

**Contacto:** [sergioalvarezmillan@gmail.com](mailto:sergioalvarezmillan@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

**Mujer de 89 años**, Diabética, Cardiópata, Hipertensa (pluripatológica) y polimedicada, que acude a urgencias de Atención Primaria con **Quemadura Dérmica Superficial** (segundo grado superficial), de etiología térmica (producido por el calor indirecto de calefactor de aire) presentando flictena de aproximadamente 9 x 6 cm bajo meseta tibial del miembro inferior izquierdo.

**Palabras Claves:** quemadura dérmica, flictena, exéresis, pluripatológica, Hidrofibra Ag.

## OBJETIVOS

Mediante la pauta de actuación elegida, trataremos de **conseguir la CICATRIZACIÓN COMPLETA utilizando como ÚNICO apósito primario la Hidrofibra Hidrocoloide con Plata: AQUACEL AG ®**.

## METODOLOGÍA y RESULTADOS

Tras llevarse a cabo la exeresis de la flictena, previo lavado y desinfección de la zona, se aplica apósito de Hidrofibra Ag sobre el lecho de la lesión, sobresaliendo éste sobre el contorno de la misma; cubriremos con apósito tradicional secundario (gasas y esparadrapo).

Inicialmente revisamos la lesión a las 48 horas (**día 2**) para visualizar el aspecto de la misma y la saturación del apósito (sin retirar el mismo del lecho durante todo el proceso). Tras comprobar la saturación casi completa del mismo, aplicamos nueva capa de Hidrofibra sobre el apósito primario y programamos siguiente revisión pasadas 48 horas (**día 4 y 6**). A continuación se revisa cada 48-72 horas (**día 8 y 11**) hasta su resolución, consiguiéndose un excelente resultado: **cicatrización y epitelización total de la lesión en 11 días**.

## CONCLUSIÓN

Pauta de actuación muy beneficiosa para la paciente: se ha reducido de manera considerable el riesgo de infección ya que han sido necesarias tan sólo 6 actos de cura, lo que ha conllevado menor manipulación que con otros métodos de cura tradicional.

Desde el comienzo del proceso y tras la aplicación de la Hidrofibra Ag (AQUACEL AG®), la paciente apenas refiere dolor, incluso durante el acto de la cura, aumentando así su CALIDAD DE VIDA.

La lesión ha cicatrizado en un corto espacio de tiempo, necesitando tan sólo 6 actos asistenciales, por lo se han disminuido los tiempos de enfermería y se han reducido los gastos asociados.

## QUEMADURA DE 2º GRADO SUPERFICIAL TRATADA CON CARBOXIMETILCELULOSA PLATA (AQUACEL AG®), EN NIÑA DE 15 MESES

**Autores:** S. Álvarez Millán<sup>1</sup>; F. García Collado<sup>3</sup>; C. Rivera Fernández<sup>3</sup>; A.M. Ramírez Pizano<sup>2</sup>; M. García Murillo<sup>3</sup>; E.M. Franco García ;

1. Coordinador de Cuidados U.G.C San Juan Aznalfarache (Sevilla).
2. Enfermera U.G.C Cirugía General y Digestiva Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).
3. Enfermero de Familia U.G.C San Juan Aznalfarache (Sevilla).

**Contacto:** [sergioalvarezmillan@gmail.com](mailto:sergioalvarezmillan@gmail.com)

Premio Compartido a la Mejor Comunicación PÓSTER en el XII Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica.

### INTRODUCCIÓN

**Niña de 15 meses** que acude a urgencias de Atención Primaria con **Quemadura Dérmica Superficial** (2º grado superficial) de etiología térmica reciente (por contacto con menaje de cocina en uso), ocasionándole una flictena de aproximadamente 9 x 5 cm. con rotura parcial espontánea, en zona posterior de pantorrilla izquierda.

**Palabras Claves:** quemadura dérmica, flictena, exéresis, Hidrofibra Ag.

### OBJETIVOS

Mediante la pauta terapéutica utilizada, demostraremos su efectividad consiguiendo su cicatrización completa utilizando como **UNICO apósito primario la Hidrofibra hidrocoloide con plata, AQUACEL AG®, durante los 13 días que dura el proceso.**

### METODOLOGÍA y RESULTADOS

Tras lavado y desinfección de la zona se realiza extirpación completa de la flictena y de todos sus restos. A continuación se aplica apósito de Hidrofibra Ag sobre el lecho de la lesión, sobresaliendo éste unos 2 cm. sobre el contorno de la misma; cubriremos éste con apósito tradicional secundario (gasas y esparadráp).

Inicialmente, revisamos la lesión a las 48 horas (**día 2**) para visualizar el aspecto de la misma y la saturación del apósito (sin retirar el mismo del lecho en todo el proceso); ante el aspecto presentado, programamos siguiente revisión pasadas 72 horas (**día 5 y 8**) y así hasta su finalización (**día 10 Y 13**) consiguiéndose un excelente resultado: **cicatrización y epitelización total de la lesión en 13 días.**

### CONCLUSIÓN

La elección de esta pauta de actuación ha sido muy beneficiosa para la pequeña, por haber reducido de manera considerable la necesidad de manipulación de la lesión, teniendo en cuenta la dificultad que conlleva el acto de la cura en paciente que no obedece a órdenes prestadas. Por último, la lesión ha cicatrizado tras seis actos asistenciales, libres de intranquilidad y dolor, al no tener que manipular el lecho lesional por mantener el mismo apósito de Hidrofibra Ag durante todo el proceso de curación.

## ABORDAJE TERAPÉUTICO DE QUEMADURA DÉRMICA SUPERFICIAL EN MANO DERECHA PRODUCIDA POR LÍQUIDO CALIENTE

**Autores:** F. García Collado<sup>3</sup>; S. Álvarez Millán<sup>1</sup>; M.C. Rivera Fernández<sup>3</sup>; A.M. Ramírez Pizano<sup>2</sup>; E. Franco García<sup>3</sup>; M. García Murillo<sup>3</sup>;

1. Coordinador de Cuidados U.G.C San Juan Aznalfarache (Sevilla).

2. Enfermera U.G.C Cirugía General y Digestiva Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).
3. Enfermero de Familia U.G.C San Juan Aznalfarache (Sevilla).

**Contacto:** [sergioalvarezmillan@gmail.com](mailto:sergioalvarezmillan@gmail.com)

### INTRODUCCIÓN

**Mujer de 36 años** que acude a consulta programada tras ser remitida desde urgencias de AP donde fue valorada y curada 24 horas antes por acudir con **Quemadura Dérmica Superficial** por escaldadura en dorso de mano derecha, zona adyacente a intervención quirúrgica de Ganglión 4 días antes. A su llegada a urgencias, presentaba restos de flictena de aproximadamente 6 x 4 cm. rota de manera espontánea, siendo extirpados sus restos de manera aséptica y curada con gasa vaselinada en primera instancia.

**Palabras Claves:** quemadura dérmica, flictena, exéresis, Hidrofibra Ag.

### OBJETIVOS

Mediante el tratamiento de elección demostraremos su efectividad consiguiendo su cicatrización completa utilizando como **UNICO apósito primario la Hidrofibra hidrocoloide con plata, AQUACEL AG®, los 11 días que dura el proceso.**

### METODOLOGÍA y RESULTADOS

Se retira la gasa vaselinada no adherente (**LINITUL®**) colocada en urgencias 24 horas antes y tras lavado y desinfección de la zona, se aplica apósito de Hidrofibra Ag sobre el lecho de la lesión, sobresaliendo éste sobre el contorno de la misma; cubriremos éste con apósito tradicional secundario.

Inicialmente revisamos la lesión a las 48 horas (**día 2**) para visualizar el aspecto de la misma y la saturación del apósito; tras comprobar la saturación del mismo, recortaremos todo el apósito sobrante no saturado. A continuación y debido a la zona de movilidad de la mano donde se encuentra situada la lesión, humedecemos el apósito primario con suero salino para evitar retracciones. Aplicaremos nueva capa de Hidrofibra sobre el apósito primario y programamos siguiente revisión pasadas 96 horas (**día 6**). Revisamos de nuevo a las 72 horas, desprendiéndose el apósito primario completamente (**día 9**). Se consigue un excelente resultado: **cicatrización y epitelización total de la lesión en 11 días.**

### CONCLUSIÓN

La elección de esta pauta terapéutica, a priori, ha reducido de manera considerable el riesgo de infección, ya que han sido necesarias tan sólo 5 actos de curas, no siendo la totalidad de los mismos necesarios en cuanto a la realización de alguna intervención, sino más bien enfocados a la observación del caso y al comportamiento del apósito.

## QUEMADURA 2º GRADO SUPERFICIAL EN PACIENTE DE 90 AÑOS. UTILIZACIÓN DE APÓSITO DE PLATA PARA EVITAR COMPLICACIONES

**Autores:** F. García Collado<sup>3</sup>; S. Álvarez Millán<sup>1</sup>; A.M. Ramírez Pizano<sup>2</sup>; M.C. Rivera Fernández<sup>3</sup>; E. Franco García<sup>3</sup>; M. García Murillo<sup>3</sup>

1. Coordinador de Cuidados U.G.C San Juan Aznalfarache (Sevilla).
2. Enfermera U.G.C Cirugía General y Digestiva Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).
3. Enfermero de Familia U.G.C San Juan Aznalfarache (Sevilla).

**Contacto:** [sergioalvarezmillan@gmail.com](mailto:sergioalvarezmillan@gmail.com)

### INTRODUCCIÓN

**Mujer de 90 años**, pluripatológica y polimedicada, que acude a urgencias de Atención Primaria con **Quemadura Dérmica Superficial** de etiología térmica por escaldadura de más de 72 ho-

ras de evolución, presentando lesión de aproximadamente 10 x 6 cm. en tercio distal del miembro inferior izquierdo; autocuidados en domicilio con aplicaciones de Clorhexidina al 1%.

**Palabras Claves:** quemadura dérmica, flictena, exéresis, pluri-patológica, Hidrofibra Ag

## OBJETIVOS

Intentaremos conseguir la cicatrización de la lesión utilizando como **ÚNICO apósito primario la Hidrofibra hidrocoloide con plata, AQUACEL AG®**, en paciente de edad avanzada y portadora de patologías varias durante **los 11 días que dura el proceso**.

## METODOLOGÍA y RESULTADOS

Tras lavado y desinfección de la zona, se aplica apósito de Hidrofibra Ag sobre el lecho de la lesión, sobresaliendo éste sobre el contorno de la misma; cubriremos con apósito tradicional secundario (gasas y esparadrapo).

Inicialmente revisamos la lesión a las 48 horas (**día 2**) para visualizar el aspecto de la misma y la saturación del apósito (sin retirar la Hidrofibra del lecho durante todo el proceso); tras comprobar la saturación casi completa del mismo aplicamos nueva capa de Hidrofibra sobre el apósito primario y programamos siguiente revisión pasadas 72 horas (**día 5**). A continuación se revisa cada 48 horas (**día 7 y 9**) hasta su resolución, consiguiéndose un excelente resultado: **cicatrización y epitelización total de la lesión en 11 días**.

## CONCLUSIÓN

Con la aplicación de la Hidrofibra Ag (AQUACEL AG®) hemos reducido el **dolor** de la paciente desde el principio. Igualmente hemos disminuido el **riesgo de infección**, debido al menor número de curas realizadas y mínima manipulación de la lesión. Los aspectos relacionados con el 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 tratamientos más convencionales.

## CARCINOMA EPIDERMOIDE EN EPIDERMOLISIS AMPOLLOSA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

**Autores:** Begoña Fornes Pujalte, Federico Palomar, Inma Sierra, Paula Díez.

Unidad de Enfermería Dermatológica, úlceras y heridas. Hospital General Universitario de Valencia

**Contacto:** [carlos\\_bego@caatvalencia.es](mailto:carlos_bego@caatvalencia.es)

## INTRODUCCIÓN

La Epidermolisis Ampollosa (EA) es un grupo heterogéneo poco común de trastornos hereditarios, caracterizados por la fragilidad de la piel y las mucosas.

Los pacientes con EA pueden tener mayor riesgo de contraer cáncer de células escamosas de la piel.

La EA Juntural y EA Distrófica (EAD) son los tipos que tienen más riesgo asociado de sufrir un carcinoma cutáneo.

## OBJETIVO

Alertar al profesional de salud que trata a pacientes con EA de los signos y síntomas que pueden contribuir al diagnóstico precoz de una lesión cutánea tumoral.

## CASO CLÍNICO

Se presenta tres casos de carcinoma epidermoide en pacientes con epidermolisis ampollosa distrófica recesiva.

## DISCUSIÓN

El carcinoma de células escamosas se presenta como una complicación de la EBD. En la EAD los carcinomas epidermoides suelen asentar en zonas distales y sobre prominencias óseas, sobre todo en zona pretibial. Se presentan como úlceras muy dolorosas.

El profesional de enfermería, dentro del equipo multidisciplinar que atiende a estos pacientes, debe de tener presente y reconocer de forma precoz esta complicación, siendo la detección de un cáncer de piel uno de los objetivos de seguimiento en las curas de estos pacientes.

# ANEDIDIC y su contribución a la difusión del conocimiento

**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](mailto:luaranton@gmail.com)

Estimad@s compañer@s y amig@s de ANEDIDIC, El **CONOCIMIENTO**, entendido como el “conjunto de nociones e ideas que se tienen de una materia o área de la ciencia”, se fortalece e incrementa a través de la **INVESTIGACIÓN** o “Conjunto de actividades de índole intelectual y experimental, de carácter sistemático, que se desarrollan con la intención de incrementar los conocimientos sobre un determinado tema”.

Para una profesión como la enfermería, tan importante es fortalecer el cuerpo de conocimientos profesionales a través de la práctica clínica y la investigación, como difundir esos avances para que otros profesionales puedan disponer de esa información y trasladarla (implementarla) en la práctica clínica. Todo el esfuerzo investigador se perdería si esa información no llega a difundirse a la comunidad científica y profesional.

Desde esta perspectiva, la **Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC)**, viene contribuyendo en los últimos años, a dar soporte a esos conocimientos y a difundirlos a la comunidad profesional y científica, principalmente a través de la Web [www.anedidic.com](http://www.anedidic.com) y de la **Revista Enfermería Dermatológica**, que se ha convertido en una de las revistas de referencia en enfermería dermatológica y cuidados de las heridas. La revista puede descargarse a texto completo desde la propia Web de ANEDIDIC o desde la plataforma DIALNET (Imagen 1) <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=19886>.

En el último mes que tenemos contabilizado en Dialnet (octubre de 2013), la revista ha tenido más de 6700 visitas y descargas de artículos (Imagen 2).

Esta visibilidad se ha visto incrementada desde septiembre de 2013, tras la inclusión de la revis-

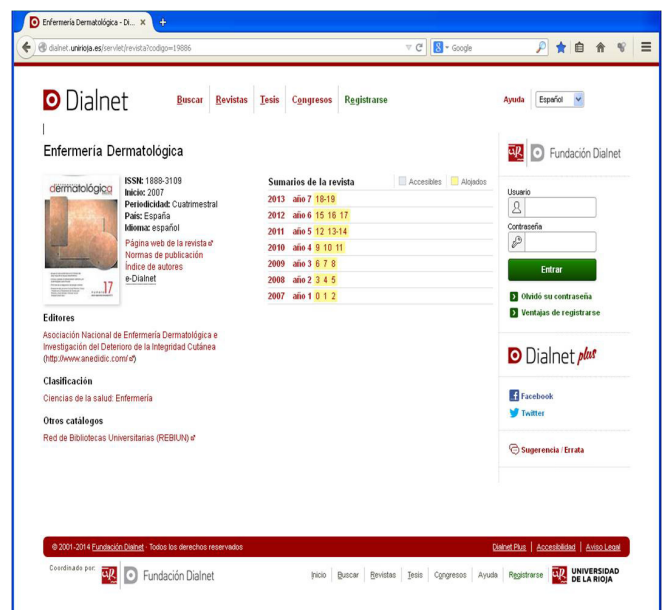


Imagen 1.- Acceso a Enfermería Dermatológica desde DIALNET <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=19886>

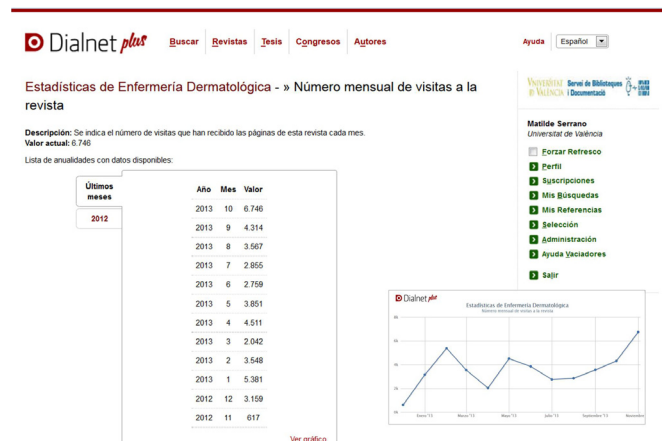


Imagen 2.- Número de visitas a Enfermería Dermatológica desde DIALNET

ta en la plataforma Latindex (Imagen 3), red de Información bibliográfica que reúne y difunde publicaciones seriadas de ámbito científico, académico, técnico-profesional y de divulgación cultural (Sistema Regional de Información en Línea para las Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal).

A su vez, y en el ánimo de hacer llegar la información a más profesionales, ANEDIDIC también ha ido entrando en las principales redes sociales (RRSS), sabedores de que se están convirtiendo en la principal vía de difusión de la información y comunicación y de su poder de difusión e inmediatez.

De esta forma hemos abierto una página en **Facebook** (Imagen 4), desde la que publicamos y difundimos periódicamente los contenidos publicados en la revista, así como cualquier otra información o noticias de interés en el ámbito de la enfermería dermatológica, las úlceras o las heridas. Hemos llegado ya, en estos momentos a 500 seguidores y hemos tenido accesos hasta de 10 países diferentes (europeos y americanos), por lo que incrementamos de esta manera, una difusión importante de cada una de las publicaciones realizadas (Imagen 5). <https://www.facebook.com/RevistaEnfermeriaDermatologicaAnedidic>.

La esencia de Facebook es sencilla, se trata de una red que conecta personas con personas, pero también con empresas u organizaciones; al abrir una cuenta en Facebook, se entra en una red social que conecta a amigos, familiares o personas con intereses comunes (en nuestro caso, profesionales).

Aunque Facebook ha estado y sigue estando orientado, principalmente a las personas, cada vez más, las marcas e instituciones, han ido adquiriendo un peso importante a través de las páginas de Facebook, dado el potencial de difusión que atesora. En ese sentido, las funcionalidades más importantes son las que te permiten encontrar amigos, agrupaciones, instituciones o empresas (con el buscador de amigos de Facebook) para conectarte con ellos y poder interactuar, compartir recursos (artículos, páginas web, fotos, etc.), e incluso hacer consultas profesionales, debatir casos clínicos o proponer alternativas terapéuticas.

En lo que respecta a **Twitter** (Imagen 6), hasta este momento tenemos 283 seguidores, habiendo publicado 298 twits relacionados con noticias y publicaciones (<https://twitter.com/anedidic>).



Imagen 3.- **Enfermería Dermatológica en Latindex**



Imagen 4.- **Enfermería Dermatológica en Facebook**  
<https://www.facebook.com/RevistaEnfermeriaDermatologicaAnedidic>



Imagen 5.- **Datos de Actividad en Facebook**

Twitter es una red social de las más exitosas y usadas. Cada usuario crea un perfil propio con el que seguir a tantas personas o instituciones como considere oportuno; de igual forma que otros

usuarios pueden seguir a uno, pasando a ser seguidores o “followers” (el número de followers, da una imagen del éxito que se tiene en la red).

Twitter limita las publicaciones de los usuarios a un máximo 140 caracteres; esta restricción de Twitter es precisamente una de las características que lo hacen atractivo, porque fomenta el diálogo y la inmediatez, aunque cada usuario puede escribir lo que quiera, desde información incluyendo links a blogs, Webs o noticias, pasando por cualquier idea, pensamiento o actividad que considere oportuna, e incluso colgar fotos o accesos a videos. Cada vez es más frecuente su uso desde una perspectiva profesional, aunque mucha gente combina asuntos profesionales, con asuntos personales.

Uno de los elementos utilizados en twitter, para facilitar recabar información sobre un tema concreto, son los **hashtags**, (códigos que van precedidos del símbolo # y acompañados de una palabra que identifica el tema a tratar, de forma que se identifican fácilmente todas las conversaciones sobre ese tema específico). En ANEDIDIC creamos el hashtag **#EnferDerma2013** para toda la información que se difundió y generó en Twitter sobre nuestro XII congreso (Imagen 7).

Finalmente, también tenemos presencia también en **LinkedIn** que es una de las redes profesionales más importantes a nivel mundial (Imagen 8).

También llamado el “Facebook de los profesionales”, esta red social cuenta con más de 50 millones de usuarios y es de uso estrictamente para el ámbito profesional. Tener un perfil en LinkedIn es una de las mejores cartas de presentación profesional en Internet y es una de las plataformas más actuales para hacer difusión de conocimientos, negocios y alianzas estratégicas.

En el ánimo de la Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC), está seguir contribuyendo a mejorar la visibilidad de los cuidados de enfermería dermatológicos y a difundir el conocimiento producto de la investigación clínica, por lo que seguiremos esforzándonos para ello.

A todos los socios, pediros que entréis en los enlaces y os asociéis para recibir todas las comunicaciones de primera mano; entre todos seguiremos creciendo.



Imagen 6.- Enfermería Dermatológica en Twitter <https://twitter.com/anedidic>



Imagen 7.- Congreso de Enfermería Dermatológica en Twitter

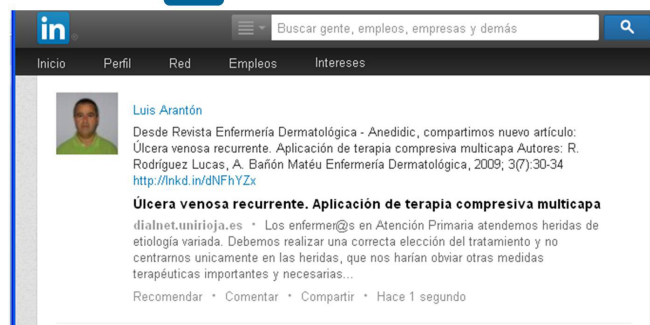


Imagen 8.- Enfermería Dermatológica en LinkedIn

Como siempre, agradeceremos vuestra atención y pediros que me hagáis llegar sugerencias sobre aquellos contenidos que os gustaría se abordasen en Derm@red, a la dirección: [luaranton@gmail.com](mailto:luaranton@gmail.com).

Gracias por estar ahí.



**La Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC), celebraba los pasados 12 y 13 de diciembre, en la ciudad de Valencia, su XII Congreso Nacional, bajo el lema: “La Piel: Tu tarjeta de presentación”.**



Mesa Inaugural

La Universidad Católica de Valencia ejerció de excelente anfitriona, acogiendo a casi 150 profesionales en su sede de Santa Úrsula, que es donde se desarrollaron los actos; así pudimos asistir a 20 Conferencias sobre diversas áreas de conocimiento relacionadas con la piel o las heridas, 22 comunicaciones orales, 17 comunicaciones póster y 3 talleres que versaron sobre Fotoprotección, Epidermolisis Bullosa (piel de mariposa) y Terapia de presión negativa aplicada a heridas y úlceras.



De manera institucional, se analizaron temas como las “Lesiones dermatológicas en la infancia”, incidiendo en aquellas que afectan a niños inmigrantes, las terapias específicas para “eliminación de tatuajes” o “toma de biopsias”, así como la aplicabilidad de la “carboxiterapia” a las úlceras; se destacó la importancia de la Web, las App sanitarias y las redes sociales (RRSS) para la difusión del conocimiento, se analizó “La visibilidad de los cuidados de enfermería”, y “La necesidad de autocritica para mejorar”, se trató de terapias específicas para tratamiento de úlceras y psoriasis (a destacar aquí, la participación y testimonio de los pacientes), de la problemática que acompaña a las “lesiones de pie diabético” y de los “niveles de evidencia” de los tratamientos y cuidados a aplicar.

A destacar también la participación de los profesionales a través de comunicaciones, en donde quedó patente el alto nivel científico que en-

fermería está alcanzando progresivamente; así fueron abordados diferentes aspectos clínicos: importancia valoración y abordaje del dolor, del prurito, de la dermatitis, de la dermatoporosis, de las constantes vitales, de la incontinencia y sus consecuencias, de los cuidados específicos en técnicas de fototerapia, de la necesidad de prevenir la infección, de la importancia de no olvidarse del estado emocional de los pacientes o de la higiene, pero también de la importancia hormonal, de la fotoprotección (vital incidir en ella desde la enfermería escolar), o de las ventajas (en cuanto a accesibilidad) que puede aportar la tele dermatología, de la necesidad de reducir la variabilidad y optimizar recursos, así como de mejorar la seguridad y la calidad de los cuidados que aplicamos a nuestros pacientes; sin olvidarnos también de los aspectos legales relacionados.

En definitiva un congreso muy completo que tuvo como broche final, dos conferencias:



Conferencia de Honor: "Una vida al servicio de la Salud". D. Antonio Erasto Villar Rojas

La Conferencia de honor a cargo de D. Antonio Erasto Villar Rojas, enfermero sevillano recientemente jubilado, que nos emocionó con un maravilloso paseo por su trayectoria profesional en "Una vida al servicio de la Salud", en la que dejó "perlas" tan elocuentes como las que siguen:

*"Se está perdiendo el tacto como elemento terapéutico y humanizador. Por favor, tocad a los pacientes"*

*"Cuando aparecía la mosca de la muerte, nosotros acompañábamos a los pacientes si estaban solos". "Ningún paciente murió solo, siempre los acompañábamos en ese trance"*

*"¿Por qué estamos delegando una buena parte de los cuidados enfermeros básicos?"; son nuestra obligación y nuestra responsabilidad.*

La Conferencia de Clausura a cargo del Dr. J.J. Villata Corell (Catedrático de Dermatología, de la Universidad de Valencia), que nos deleitó con: "El síndrome de Diógenes, ¡Rehabilitemos al filósofo!", en la que desgranó pormenorizadamente la figura de Diógenes, muy alejada de la imagen con la que se le relaciona, del mendigo que acumula trastos y desperdicios, siendo en la realidad mucho más cercana al filósofo tradicional.

Ya para finalizar se hizo entrega de los premios y

reconocimientos a los mejores trabajos presentados al congreso, repartidos en tres categorías:

- Premio a la mejor comunicación oral, (patrocinada por el Colegio de Enfermería de Valencia y dotada con 300 €), que correspondió al trabajo: "A la espera de cicatrizar heridas" del enfermero sevillano: Álvaro Villar Hernández.
- Premio al mejor póster: En esta modalidad, (patrocinado por ANEDIDIC y dotado con inscripción gratuita al próximo Congreso ANEDIDIC), se otorgó un premio compartido a los trabajos:
  - "Úlcera por presión iatrogénica: a propósito de un caso", de la enfermera del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia: Lydia Landete Belda.
  - "Quemadura de 2º grado superficial tratada con carboximetilcelulosa plata, en niña de 15 meses", presentada por los enfermeros de la U.G.C. San Juan Aznalfarache (Sevilla): Sergio Álvarez Millán, Francisco García Collado, María del Carmen Rivera Fernández, Ana María Ramírez Pizano, Mercedes García Murillo y Eva María Franco García.

5 Premios de reconocimiento a la investigación, patrocinados por la Revista Enfermería Dermatológica a los trabajos:



Premio a la mejor comunicación oral:  
Álvaro Villar Hernández



Premio al mejor póster (compartido): Lydia Landete Belda

5 Premios de reconocimiento a la investigación:



Premio al mejor póster (compartido):  
Sergio Álvarez Millán



Nuria de Argila-Fernández Durán



Carmen Martín de Aguilera Moro



Isabel Serra Guillén



Ana Moreno Hernández



Ferrán Carbonell Puig



Conferencia de Clausura: “El síndrome de Diógenes, ¡Rehabilitemos al filósofo!”. J.J. Villata Corell

- “Gestión y cuidados de enfermería al paciente dermatológico en tratamiento con fototerapia con rayos ultravioleta B de banda estrecha”, presentado por las enfermeras del Hospital Puerta de Hierro (Madrid): Nuria de Argila-Fernández Durán y Mónica Martín Gómez.
- “Consulta de enfermería dermatológica. Diez años de evolución: 2002-2012”, presentadas por las enfermeras de Tudela (Navarra): Carmen Martín de Aguilera Moro, Pilar Hernández Orta, Raquel Pina García y María Teresa Blasco Zoco.
- “Actuación de la enfermera en el manejo del dolor durante la Terapia fotodinámica, presentado por la enfermera Profesora de CEU Universidad Cardenal Herrera de Moncada (Valencia): Isabel Serra Guillén.
- “Eficacia de los cuidados en la prevención de infección de accesos vasculares, en una unidad de críticos”, presentado por la enfermera del Grupo de Investigación Integridad y Cuidados de la piel UCV (Valencia): Ana Moreno Hernández.
- “Estudio comparativo in vitro de la capacidad de absorción de las espumas hidropoliméricas”, presentado por el enfermero del departamento de Salud de la Ribera, en Alzira (Valencia): Ferrán Carbonell Puig.

Los comités organizador y científico del XII Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica queremos felicitar a todos los premiados, pero además y expresamente, a todos los autores que han presentado sus trabajos al congreso, por la alta participación, pero sobre todo por la enorme calidad científica de los mismos.

Gracias también a todas las empresas patrocinadoras y colaboradoras en el evento y sobre todo a todos los profesionales que asistieron y participaron en este XII Congreso.

Sin duda, la piel es nuestra tarjeta de presentación, pero el hecho de contar con tan excelentes profesionales que se afanan en cuidar, prevenir, tratar e investigar sobre las diferentes patologías que pueden presentarse, nos hace ser optimistas de cara al futuro... “estamos en buenas manos”.

D. Federico Palomar Llatas  
*Presidente Comité Organizador*  
*Presidente de ANEDIDIC*

D. Luis Arantón Areosa  
*Presidente Comité Científico*  
*Vicepresidente de ANEDIDIC*