

• **ARTÍCULO ESPECIAL**

- Estudio del uso de dispositivos absorbentes en pacientes incontinentes institucionalizados aplicando una escala de valoración de dermatitis de pañal por humedad.*
- Cura en ambiente húmedo en úlceras crónicas a través del Concepto TIME. Recomendaciones basadas en la evidencia.*
- Grado de conocimiento de enfermería de atención primaria sobre la cura en ambiente húmedo y el uso de apósitos.*
- Eficacia de ácidos grasos hiperoxigenados con silicona en extremidades inferiores con y sin ulceraciones.*

número **20**
año 7 • septiembre-diciembre 2013

Úlceras y heridas como consecuencia de una iatrogenia.

Autores:

Palomar-Llatas F., Fornes-Pujalte B.

Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Cátedra de Integridad y Cuidado de la Piel. Máster Deterioro de la Integridad Cutánea, úlceras y heridas. Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir".

Correspondencia: federicop43@gmail.com

Resumen

Iatrogenia es la alteración negativa en el estado de salud y/o enfermedad causada sin intención directa tras la administración de un tratamiento. Detallamos siete posibles causas de iatrogenia como son: Predecible, Accidental, Mala praxis profesional, Formación / Información distorsionante por omisión, Deficiente eficiencia en gestión sanitaria, Deficiente eficiencia en la industria farmacéutica, Infecciones nosocomiales. No se considera iatrogenia, la diferenciación de diagnósticos difíciles y la no adherencia al tratamiento por los pacientes.

Palabras clave: iatrogenia, úlceras, mala praxis.

Summary

Iatrogenic is the negative change in health status and / or disease caused without direct intention after a administration of treatment. We detail seven possible iatrogenic causes such as: Predictable, Accidental, professional malpractice, Training / Information distorting default, Poor efficiency in health management, Poor efficiency in the pharmaceutical industry, hospital-acquired infections. No iatrogenic considering the differentiation of difficult diagnoses and non-adherence to treatment by patients.

Key words: *iatrogenic, ulcers, malpractice, bad practice.*

Introducción

La iatrogenia en el campo de la salud y en concreto como etiología o causa de úlceras o heridas originadas por la administración tópica o sistémica de un fármaco, la aplicación de procedimientos y dispositivos con fines terapéuticos y/o diagnósticos, y puede estar motivada por deficiencias de formación destinada a los profesionales de la salud.

En términos más amplios, la iatrogenia, es una alteración negativa del estado de enfermedad causada sin intención, tras la pauta de un tratamiento y como consecuencia de esta terapéutica, pudiendo ocasionar dolor, incapacidad, disconfort, aumento de lesiones, etc.

Desde el punto de vista de la bioética, teniendo presente que nuestro fin es el bienestar de los pacientes (persona), existen cuatro principios a los que debemos ajustarnos en nuestro trabajo: Autonomía, No maleficencia, Beneficencia y Justicia.

En ocasiones el dilema de no hacer daño (beneficencia) y el de tratar de hacer el bien aún con riesgo de ocasionar un mal menor al resultado esperado (No maleficencia), es difícil de establecer, por lo que debemos analizar las circunstancias de cada caso, refrendadas en la Lex Artis⁽¹⁾ (*Ad hoc*); sin embargo, en muchas ocasiones los resultados obtenidos son nefastos para el paciente, en el que concurren etiologías iatrogénicas distintas, considerándose mala praxis. Este tipo de iatrogenia se observa con demasiada frecuencia en nuestra práctica asistencial y es causa de responsabilidad del profesional. En este sentido utilizamos indistintamente los conceptos de iatrogenia, mala praxis, negligencia y accidente, aunque realmente no significan lo mismo.

La iatrogenia según el diccionario de la Real Academia Española sería "toda alteración del estado del paciente producida por el médico" (recordemos, que sería extensible al resultado de la actuación de cualquier profesional de la salud). La Palabra iatrogenia deriva del griego: "iatros" que significa "médico" y de "genia" que significa "producido u origen". Es la tercera causa de muerte en EEUU de América⁽²⁾.

En la negligencia y en la mala praxis se produce un incumplimiento de los principios básicos o normativos de la profesión, esto es, que debiendo saber lo que hay que hacer, no se hace adecuadamente; aunque puede ser a la inversa (que sabiendo lo que no se debe hacer, se haga). La negligencia implica omisión, descuido, falta de vigilancia o aumento de celo por interés propio y no por el interés del paciente (por ejemplo, un paciente terminal en encefalopatía secundaria a fracaso hepático, al que se siguen haciendo pruebas para intentar conocer el origen de la encefalopatía).

Como profesionales debemos esperar la máxima calidad asistencial. Pretendemos que esta exposición de casos y enumeración clasificatoria de iatrogenia nos ayude a reflexionar sobre nuestro quehacer diario, teniendo en cuenta que los pacientes esperan y merecen de nosotros, la máxima calidad asistencial.

En la bibliografía estudiada se hace referencia principalmente a iatrogenia, en el paciente de riesgo como es el anciano y sobre todo haciendo referencia a las úlceras por presión (UPP), enmarcando en estas, a otras lesiones con distinta etiología como puede ser el exceso de humedad, la fricción o el cizallamiento⁽³⁾. La iatrogenia puede afectar a cualquier tipo de paciente, tanto ingresados en hospitales de agudos⁽⁴⁾, como en centros sociosanitarios, o atendidos en atención primaria; pudiendo incluso afectar a niños recién nacidos.^(5,6)

Hoy en día se destaca la eficiencia en la gestión sanitaria, en la docencia y en la producción de la industria farmacéutica que nos surte de productos sanitarios para el diagnóstico y/o terapéutica necesarios, lo que conlleva una creciente longevidad de las personas y el incremento de aparición de enfermedades crónicas con una larga evolución, que suponen a su vez, la necesidad de someterse a continuas pruebas diagnósticas⁽⁷⁾ que pueden suponer un efecto en cascada (el tratamiento genera efectos negativos que requieren otros tratamientos y ello incrementa la posibilidad de iatrogenia).

No debemos olvidar que la eficiencia en la gestión clínica, no sólo afecta a los profesionales, sino también a los gestores. La eficiencia no consiste sólo en realizar los procedimientos a menores costes, sino que sería más bien “la consecución de los mejores resultados posibles, al menor coste posible”.

La calidad de nuestro trabajo depende de la calidad nuestras acciones, como personas, no dejamos de estar libres de riesgos o errores y como tal debemos poner todos los medios posibles, para tratar de evitarlos o al menos, minimizar las complicaciones (proceso iatrogénico), garantizando así la consecución del proceso⁽⁸⁾; para ello tenemos que comprometernos tanto los profesionales como el sistema de salud en la evaluación continua los procesos, para mejorar la calidad de los cuidados administrados al usuario.

Las consecuencias derivadas de acciones iatrogénicas, pueden ocasionar al paciente:

- Aumento de la lesión
- Aumento del dolor
- Discomfort
- Posible discapacidad funcional

No se considera iatrogenia la no adherencia al tratamiento, sea por decisión del propio paciente o por la de familiares o cuidador principal.

Clasificación

La iatrogenia puede tener siete etiologías:

Iatrogenia Predecible. Tiene lugar incluso conociendo las consecuencias (es previsible); también se le puede denominar como de “doble efecto”, la acción a realizar tiene evidencia terapéutica, pero también presenta evidencia de efectos negativos, aunque es mayor el efecto positivo esperado, que el negativo; como ejemplos, tendríamos la quemadura (radiodermatitis), secundaria a sesiones de radioterapia o el linfedema tras mastectomía, que no debemos confundir con el posible edema ocasionado por una mala aplicación del vendaje compresivo, que entraría en mala praxis profesional (Fotos 1 y 2).



Foto 1. Radiodermatitis.



Foto 2. Edema tras vendaje.

Iatrogenia Accidental. La ocasionada tras la administración farmacológica⁽⁹⁾ y sin ser conscientes de las consecuencias de su administración; está supeditada al propio metabolismo del paciente, como sería el caso de una vasculitis medicamentosa, pénfigo inducido por drogas o úlceras por hidroxuurea (Foto 3).



Foto 3. Iatrogenias con desencadenante medicamentoso y por extravasación.

Iatrogenia por mala praxis profesional. Es la consecuencia de una mala praxis profesional o por inobservancia de los deberes a su cargo (deficiencia de cuidados); supone actuar mal; la más común que solemos encontrar son las denominadas úlceras por presión (UPP) y las úlceras por humedad, fricción y/o cizallamiento, que son secundarias a una falta de administración de cuidados y a una inexistente o incorrecta valoración del riesgo a desarrollar dichas úlceras de los pacientes. En la negligencia y en la mala praxis, hay un incumplimiento de principios o normas básicos de la profesión, esto es, que sabiendo lo que se debe hacer, no se hace o a la inversa que sabiendo lo que no se debe hacer, se hace. Negligencia implica omisión, descuido, falta de vigilancia o aumento de celo por interés propio y no por el paciente; como ejemplo tendríamos el intento, a toda costa de conocer el origen de una encefalopatía secundaria a fracaso hepático por metástasis o por efecto tóxico farmacológico en pacientes terminales, lo que derivaría en múltiples pruebas que no aportan ningún beneficio al paciente (Fotos 4, 5 y 6).



Foto 4. Flictenas por fricción tras rehabilitación.



Foto 5 Laceración por mala sujeción del paciente.



Foto 6. Úlcera por Presión y úlcera por humedad.

Iatrogenia en la formación/Información distorsionante por omisión.

Esta iatrogenia es la debida a la mala formación o a una información distorsionante donde el profesional no tiene los conocimientos suficientes, sea por programas docentes inadecuados o por falta de rigor en la formación pre-grado. De igual manera podría aplicarse a las publicaciones científicas, investigadores o sociedades científicas que eludan incluir trabajos científicos de interés en sus estudios o cuando sus publicaciones no reúnen los criterios metodológicos y de diseño adecuados (método científico) para justificar los resultados publicados (interés comercial o profesional). Un claro ejemplo sería la clasificación de úlceras tumorales, que debe quedar siempre claramente definida, ya que cada tumor tiene su propia sintomatología según la familia o etiología; en el campo de las úlceras, la única ulcera tumoral es la llamada úl-

cera de Marjolin que es una epiteloma desencadenante de una úlcera crónica, con una evolución aproximada de unos 6 años y con presencia de signos clínicos clásicos de tumor cutáneo⁽¹⁰⁾ (epitelioma) (Foto 7).



Foto. 7 Úlcera tumoral (epitelioma) en región sacra e isquial (No UPP).

Iatrogenia por deficiente eficiencia en la gestión sanitaria.

La eficiencia asistencial consiste en dar lo mejor al paciente y obtener los mejores resultados, al menor coste posible; pero eso no implica que se deba centrar la actuación en rebajar costes; en la actualidad, la situación de crisis económica, hace que en ocasiones se anteponga el valor económico a cualquier otro criterio; se tergiversa la gestión por objetivos, enfocándola solo al menor gasto posible, inhibiendo prescripción o dejando de utilizar productos adecuados para reducir el gasto lo más posible; otra forma de ineficiencia es la utilización de productos en combinaciones inadecuadas (Fotos 8, 9).



Foto 8. Utilización de productos sin evidencia.



Foto 9. Mala utilización de productos (superposición).

Iatrogenia por una deficiente eficiencia en la industria farmacéutica. La industria farmacéutica debe garantizar (y autoexigirse) un control de calidad de excelencia, que evite problemas derivados del uso de los productos (afectación sistémica, a nivel tópico, o que pueda perjudicar el confort del paciente (Foto 10).



Foto 10. Deficiencia en procesos de calidad.

Iatrogenia por infección nosocomial. La infección nosocomial entendida como iatrogena, será en algunos casos, "Accidental" (procesos postquirúrgicos en pacientes en contacto con alguna colonia bacteriana hospitalaria), pero en otros podrían englobarse en la "Mala praxis profesional", como sería el caso de la manipulación de catéteres o drenajes, sin las medidas de asepsia pertinentes, o la colonización crítica de las úlceras por una inadecuada manipulación o por no retirar los guantes y hacer un lavado o desinfección adecuada de las manos, entre cada paciente (Foto 11 y 12).



Foto 11 Iatrogenia accidental post-quirúrgica e iatrogenia mala praxis.



Foto 12. Colonización nosocomial.

Conclusión

Los ejemplos de casos clínicos expuestos, ilustran algunas situaciones que pueden provocar situaciones de iatrogenia, con daño cutáneo y tisular, de cierta consideración y gravedad. El conocimiento de las potenciales consecuencias negativas derivadas de la inobservancia de rigor profesional a la hora de realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos puede ayudar a que los profesionales se mentalicen sobre que la prevención de la patología iatrogénica está en sus manos.

Dado que el fin último de nuestra labor asistencial, es administrar unos cuidados adecuados que contribuyan al bienestar de nuestros pacientes, cabe resaltar que el traslado, a la práctica clínica, de la mejor evidencia científica disponible en cada momento, constituye la mejor herramienta para la prevención de iatrogenias.

Es importante aclarar que las consecuencias del incumplimiento o abandono de un tratamiento por parte del paciente o del familiar que lo administra, no pueden considerarse iatrogenia, al igual que la dificultad para poder determinar un diagnóstico difícil, incluso tras múltiples pruebas diagnósticas, no se puede considerar iatrogenia diagnóstica.

Al contrario, las úlceras y demás lesiones relacionadas con la dependencia si constituyen generalmente ejemplos claros de iatrogenia.

Conflicto de intereses

Todos los autores de este artículo han declarado la ausencia de conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Castello-Granell J. Derecho y Enfermería. *Enferm Dermatol.* 2007; 1(1): 7-13.
2. Lugo-Aguilar R. Iatrogenia clínica: Infecciones nosocomiales. *Elementos* 2011;82:17-21
3. Palomar-Llatas F, Fornes-Pujalte B, Arantón-Areosa L, Rumbo-Prieto JM. Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad, fricción, cizalla y presión. *Enferm Dermatol* 2013, 7(18-19):14-25.
4. Landete L. Úlcera por presión iatrogénica. A propósito de un caso. *Enferm Dermatol* 2012; 5(16): 39-41.
5. Hogeling M, Fardin SR, Frieden IJ, Wargon O. Forehead Pressure Necrosis in Neonates Following Continuous Positive Airway Pressure. *Pediatric Dermatology* 2012, 29(1): 45-48.
6. Choi HJ, Lee DK, Chang SE, Lee MW, Choi JH, Moon KC, Koh JK. An iatrogenic dermatosis with ulceration. *CLIN EXP DERMATOL* 2005; 30(4):463-464
7. Lumbreras B, Hernández-Aguado I. Iatrogenia atribuible a las pruebas diagnósticas. *Rev. Calidad Asistencial.* 2007;22(6):272-6
8. Rajaram Govindarajan, et alt., El análisis modal de fallos y efectos (AMFE) ayuda a aumentar la seguridad en radioterapia. *Rev. Calidad Asistencial.* 2007;22(6):299-309
9. Colombatti R, Calò A, Iacopetti T, Rosolen A, Lombardi G, Cesaro S. Successful Treatment of Severe Iatrogenic Calcinosis Cutis with Intravenous Sodium Thiosulfate in a Child Affected by T-Acute Lymphoblastic Leukemia. *Pediatric Dermatology.* 2009; 26(3) 311-315
10. Palomar-Llatas F. Tesis doctoral. "Evolución de la cura tópica en úlceras y heridas con diferentes tratamientos. Estudio comparativo de casos clínicos". Disponible en: <https://www.educacion.es/teseo/mostrarRef.do?ref=898119>.

Estudio del uso de dispositivos absorbentes en pacientes incontinentes institucionalizados aplicando una escala de valoración de dermatitis de pañal por humedad.

Autores:

Palomar-Llatas, F.^(1,2,3), Fornes-Pujalte, B.^(1,3), Sierra-Talamantes, C.^(1,3), Landete-Belda, L.^(1,3), Díez-Fornés, P.^(1,3), Castellano-Rioja, E.^(2,3), Fernández-García, D.^(2,3), Bonias-López, J.⁽³⁾, Moreno-Hernández, A.⁽³⁾, Murillo-Escutia, A.⁽³⁾, Seller-Arias, M.⁽³⁾

(1) Hospital General Universitario de Valencia

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

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

Correspondencia: federicop43@gmail.com

Resumen

La incontinencia es un problema con elevada presencia en la población geriátrica. Las lesiones cutáneas que se desarrollan con más frecuencia son las causadas por la humedad y el contacto directo de la orina y/o las heces sobre la piel.

Nuestro objetivo fue diseñar una escala de valoración de la dermatitis del pañal por humedad para desarrollar un plan de cuidados sobre el uso adecuado de los dispositivos absorbentes en personas incontinentes y el tratamiento de lesiones producidas por la humedad.

Metodología del estudio: Para el diseño de la escala visual iconográfica de la dermatitis del pañal por humedad (DPH) se realizó un estudio retrospectivo, observacional descriptivo sobre 140 Historias Clínicas. Para la aplicación de la escala de humedad y su tratamiento sobre ancianos con uso de dispositivos absorbentes se realizó un estudio prospectivo multicéntrico, durante una semana, sobre 134 pacientes institucionalizados. Los dispositivos absorbentes utilizados fueron proporcionados por el equipo investigador por las características del producto y para evitar el sesgo en la investigación.

Resultados: El 45% de la población a estudio era mayor de 80 años y el 87% eran mujeres. El 88% tenía

incontinencia mixta y más del 50% riesgo medio-alto de desarrollar úlceras por presión. Para 78% de los casos el dispositivo absorbente utilizado no presentó incidencias por uso. Con relación a los factores relacionados con la humedad las lesiones que más mejoraron fueron el eritema y la sequedad.

Conclusiones: La utilización de escalas de valoración cutánea adecuadas al uso de dispositivos absorbentes favorece el cuidado de la integridad de la piel en pacientes incontinentes.

Palabras clave: incontinencia, dermatitis de pañal, dispositivos absorbentes.

Abstract

Incontinence is a problem with strong presence in geriatric population. The most common skin lesions are the ones caused by the moisture and by the direct contact with urine and/or feces.

Our goal was to design a diaper rash scale for developing a care guide about the proper use of absorbent dressings within incontinent elderly and about the treatment of wounds caused by moisture.

Methodology: *A retrospective, observational, descriptive study was conducted to design the iconographic visual scale of the diaper rash caused by moisture. A*

total of 140 patients were screened in this study. A multicenter, prospective study was conducted to apply the moisture scale within the treatment of elderlies with the use of absorbent dressings. A total of 134 institutionalized patients were screened in this study during a week. The absorbent dressings were provided by the investigation team in order to avoid bias in the investigation.

Results: *45% of studied patients was over 80 years old, and 87% was women. 88% experienced mixed incontinence, and more than 50% ran the risk of developing pressure ulcers. The absorbent dressing used did not have any problem by its use in the 78% of the studied cases. Regarding the humidity-related factors, erythema and dryness were the most improved lesions.*

Conclusion: *The use of skin lesion scales based on absorbent dressings stimulates the care of the skin integrity in incontinent elderlies.*

Key words: *incontinence, diaper rash, absorbent dressings.*

Introducción

La incontinencia:

Las características que definen las enfermedades que padecen las personas ancianas, suelen ser: pluripatología, cronicidad, presentación atípica y deterioro funcional⁽¹⁾. Es esta última la que más preocupa cuando se habla de la eliminación de desechos de nuestro organismo, ya que en condiciones normales, ésta 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.

Según el Observatorio Nacional de la Incontinencia (ONI), la incontinencia urinaria (IU), se define como la *“pérdida involuntaria de orina en un momento y lugar no adecuados, lo que supone para la persona que lo sufre, un problema higiénico, social y psicológico”*⁽²⁾

La incontinencia es un problema que, a nivel mundial, afecta a unos 50 millones de personas⁽³⁾. 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⁽⁴⁾.

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, 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)⁽⁵⁾. 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^(4, 6).

Esta disfunción tiene diferentes repercusiones que no sólo afectan al individuo que la padece, sino también a las personas que están a su alrededor y a la sociedad. Reconocida como una patología capaz de deteriorar la calidad de vida del paciente, se ha observado que las principales repercusiones son^(4, 7-9):

- **A nivel médico:** Infecciones urinarias, úlceras cutáneas causadas por el contacto directo de la orina con la piel, infecciones de las úlceras, caídas.
- **A nivel psicológico:** pérdida de autoestima, ansiedad, depresión.
- **A nivel social:** Aislamiento, mayor necesidad de apoyo, mayor necesidad de recursos sociosanitarios, mayor riesgo de institucionalización.
- **A nivel económico:** elevado coste de las medidas diagnósticas y terapéuticas, así como de las complicaciones derivadas, costes humanos (cuidadores).

La piel en el anciano:

En la población anciana la piel se encuentra deteriorada por la edad, deterioro que da lugar a unas modificaciones inherentes al proceso del envejecimiento que, ya de por sí, proporcionan a la piel mayor susceptibilidad y menor resistencia ante agresiones como, en éste caso, la presencia de sustancias irritantes en la orina y las heces⁽¹⁰⁻¹²⁾.

A nivel de la epidermis hay un adelgazamiento de sus capas y una atrofia celular, disminuyendo también la capacidad de renovación, al mismo tiempo que su capacidad para actuar como barrera semi-impermeable se encuentra debilitada^(8, 13-14).

- Atenuación de la microvascularización y de la capacidad de angiogénesis, con la consiguiente alteración de intercambio de nutrientes y desechos y merma de la respuesta a los cambios de temperatura.
- Las células de Langerhans o macrófagos de la piel, también disminuyen en número, incrementando el riesgo a infecciones y alterando la respuesta inmunitaria frente a alérgenos irritantes.
- Laxitud en la unión dermo-epidérmica que, junto con la pérdida de elasticidad y el aumento de la densidad del colágeno a nivel dérmico van a aportar un aspecto de piel arrugada. Además se observa una disminución de anejos cutáneos y vascularización.
- Disminuye el tejido celular subcutáneo, perdiendo así el almohadillado graso.
- Reducción, por atrofia, de glándulas sudoríparas y sebáceas, lo que contribuye a producir sequedad en la piel y disminuir el manto dermoprotector.

A nivel de la dermis, también se produce una disminución de la elasticidad y la turgencia, debido, principalmente, a la disminución de colágeno y de la elastina, al igual que los mastocitos y el ácido hialurónico⁽¹⁵⁾. La disminución presente de la grasa subcutánea, proporciona, por lo tanto, una disminución de la protección mecánica⁽¹⁴⁾.

Dispositivos absorbentes:

Entre las medidas de tratamiento para la incontinencia que en la actualidad están a nuestra disposición, encontramos los dispositivos absorbentes. Estos son un instrumento útil para el cuidado de pacientes incontinentes, desde un punto de vista paliativo^(4, 16).

Son productos basados en polímeros súperabsorbentes que le aportan su funcionalidad principal de retener

la orina, combinados con otros materiales que se sitúan en contacto con la piel, aportando confort y manteniendo la piel seca, y un recubrimiento externo que les aporta la característica de transpirabilidad, reteniendo los fluidos pero favoreciendo la respiración de la piel^(3,17).

Según Füsguen & Dirschka⁽¹⁸⁾ *“el cuidado de la piel y la aparición de “zonas de humedad” cuando no se utilizan los mejores productos, puede tener un papel importante en la aparición de las complicaciones de la piel relacionadas con la incontinencia. Con la combinación de calor corporal con otros factores influyentes (multimorbilidad, modificaciones fisiológicas de la edad y la forma de la incontinencia) se produce un medio ideal que favorece el crecimiento de microorganismos y puede determinar una lesión grave para la piel”*⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Para asegurar que su consumo y utilización son seguros y aptos para el fin al que han de ser destinados, todos los dispositivos absorbentes deben tener el código nacional identificativo del producto correspondiente que figure en el nomenclátor oficial de medicamentos, efectos y accesorios del Sistema Nacional de Salud Español y con el marcado CE, según establece el Real Decreto 414/1996⁽²¹⁾, por el que se regulan los productos sanitarios⁽²²⁾.

Según las necesidades individuales del paciente, existen distintos tipos de absorbentes según su capacidad de absorción (día, noche, super-noche) y según presentación (compresas, anatómicos y elásticos). Junto a ello, y en cualquier caso, se debe tener en cuenta que el absorbente ideal debe ser aquel que cumpla con los siguientes requisitos⁽²²⁻²³⁾:

- **Adaptabilidad:** Al cuerpo del paciente, de manera que facilite los movimientos, evitando derrames de orina
- **Absorción:** Suficiente, según el grado de incontinencia del paciente, evitando el desbordamiento y manteniendo la piel seca
- **Sujeción:** Según la complexión física del paciente, el sistema tendrá que ser cómodo y en caso de pegado, reutilizable.
- **Tolerancia:** Con la piel del paciente, no irritándola con el contacto, evitando así aparición de úlceras y lesiones por hongos.

- **Eficacia:** Sirviendo para retener orina y mantener la piel seca
- **Discreción:** permitiendo al paciente usar su ropa habitual, sin que se note, sin hacer ruido y sin perder su capacidad de absorción.

Una vez determinado el mejor dispositivo, es también importante emplearlos de la forma adecuada, estableciendo protocolos de actuación que determinen la técnica de colocación, la frecuencia de cambios, la adecuada limpieza de la zona y la prevención de lesiones cutáneas derivadas. Para ello, el profesional que trabaja atendiendo las necesidades del paciente geriátrico institucionalizado debe saber seleccionar el instrumento adecuado, conocer su correcto manejo y las actividades necesarias para prevenir complicaciones, dentro de un marco multidisciplinario e integral⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Hipótesis de trabajo

El uso de dispositivos absorbentes para el cuidado de la incontinencia en pacientes institucionalizados es útil, para lo que es necesario disponer de un plan de cuidados. Para el desarrollo de este plan de cuidados se hace necesario diseñar una escala de valoración de la dermatitis del pañal, con iconografía, de las lesiones atribuibles a la humedad con la finalidad de facilitar la correcta valoración de las mismas, protocolizar los cuidados y los tratamientos más adecuados.

Objetivos

Objetivo principal: Desarrollar una escala visual iconográfica para dermatitis del pañal por humedad (DPH).

Objetivos secundarios

1. Demostrar la importancia y la eficacia del cuidado con dispositivos absorbentes ante incontinencia urinaria y/o fecal, conocer las características de los dispositivos más adecuados y establecer un protocolo de actuación.
2. Determinar las causas deterioro de la integridad cutánea en el paciente con incontinencia.
3. Desarrollar recomendaciones sobre el uso adecuado de los dispositivos absorbentes en el

cuidado del paciente incontinente para prevenir el deterioro de la integridad cutánea y las consiguientes complicaciones.

4. Diseñar un plan de cuidados para el paciente con incontinencia.

Material y métodos

El estudio que presentamos consta de 2 etapas:

Etapa 1ª: Desarrollo de una escala iconográfica de la dermatitis de pañal por humedad

Tipo de estudio: Estudio descriptivo observacional retrospectivo en las historias de los pacientes que han sido tratados por esta patología en las unidades de hospitalización y en la unidad de úlceras del hospital General Universitario de Valencia en el año 2013, para el desarrollo de la escala visual iconográfica de la dermatitis del pañal por humedad (DPH).

Ámbito: Consorcio Hospital General Universitario de Valencia y Cátedra Integridad y Cuidado de la Piel (Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir).

La unidad de úlceras y el servicio de dermatología tiene protocolizado el uso de cámara fotográfica digital en el momento de las consultas propias e interconsultas realizadas en el área de hospitalización.

Estas fotografías de las lesiones son descargadas diariamente en las carpetas historia de los pacientes de la unidad de úlceras y en "Picasa" enumeradas por nº de historia y patología.

En primer lugar se realizó una búsqueda iconográfica por diagnósticos de dermatitis del pañal, dermatitis irritativa del pañal, candidiasis y en una segunda fase se revisan las historias para comprobar diagnóstico, tratamiento y evolución.

El estudio está basado en la Escala visual del eritema (EVE)⁽²⁶⁾, donde solamente se valora la intensidad del eritema visualmente por su color, siendo esto muy variable a la hora de determinar que grado de afectación existe. La puntuación EVE es:

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.

Se recogieron de la historia de cada paciente en una base de datos los siguientes: edad, diagnóstico inicial y final de la lesión, tratamientos pautados, tiempo de evolución de la lesión hasta su curación, eficacia de los tratamientos, uso previo y tipo de dispositivo absorbente utilizado.

La valoración de las características y morfología de las lesiones a estudio son:

- Eritema
- Eritema exudativo e irritativo
- Erosión
- Escoriación
- Prurito
- Xerosis
- Descamación
- Ulceración
- Colonización

A raíz de la Escala Visual del Eritema (EVE), proponemos realizar una valoración según el grado de afectación y no solamente con la coloración de la piel, definiendo los ítems según la clínica y nivel de invasión presentado por las lesiones, resultando como guía para el estudio del uso de dispositivos absorbentes en pacientes incontinentes (2ª Fase).

El estudio estadístico será descriptivo que incluye cálculo de la frecuencia de cada tipo de lesión con sus características (Eritema, Eritema exudativo e irritativo, Erosión, Escoriación, Prurito, Xerosis y descamación, Ulceración), tipo de tratamientos utilizados, el tiempo medio de curación según cada tipo de lesión, porcentaje de éxito con cada tratamiento y el tipo de dispositivo absorbente utilizado, estableciendo los tipos del 1 al 6, siendo este el de mayor grado de afectación. Para ello se utilizará el programa estadístico SPSS V15.

Etapa 2ª. Desarrollo de un estudio para valorar la eficacia del cuidado del paciente con dispositivos absorbentes ante incontinencia urinaria y/o fecal, conocer las características de los dispositivos más adecuados y establecer un protocolo de actuación.

1.Tipo de estudio: Se realizó un estudio prospectivo, multicéntrico, sobre el uso de dispositivos absorbentes.

2.Población a estudio: La población diana está formada por pacientes incontinentes dependientes (n=134), elegidos mediante muestreo aleatorio.

Criterios de inclusión y exclusión de la población a estudio:

a) Criterios de inclusión.

- Paciente geriátrico (mayor de 65 años). Incontinencia urinaria y /o fecal.
- Paciente menor de 65 años con incontinencia fecal o urinaria
- Déficit del autocuidado: wc e higiene.
- Dependencia moderada (Brathel igual o menor a 55 puntos)
- Uso de dispositivos de absorción de forma rutinaria.
- Firma consentimiento

b) Criterios de exclusión.

- Pacientes que tendrían problemas a la hora de seguir el protocolo
- Alergia / hipersensibilidad a cualquiera de los componentes del absorbente
- Enfermedad severa, que según el criterio del investigador, puede interferir con el tratamiento
- Uso por cualquier causa de apósitos u otros dispositivos que eviten el contacto directo del pañal con la piel.
- Pacientes con úlceras por presión o humedad en zona sacra o nalgas.

3.Ámbito de realización del estudio: Centros de atención sociosanitaria de media y larga estancia, de atención a personas dependientes. Participantes:

- Hospital General Universitario de Valencia
- Cottolengo del Padre Alegas (Valencia)
- Residencia Fortuny (Catarroja-Valencia)
- Centro sociosanitario Ntra. Señora del Carmen (Valencia)
- Residencia Mayores de Jalance (Valencia)
- Residencia de la 3ª edad Parqueluz, (Catarroja-Valencia)
- Residencia Mare de los Desamparados (Sueca-Valencia)

4. Variables a estudio:

- Variables sociodemográficas: edad y sexo
- Tipo de incontinencia: urinaria, fecal y mixta
- Patologías concomitantes
- Valoración del estado metabólico/nutricional mediante:
 - pH orina
 - Niveles de albúmina
 - Proteínas totales
- Valoración de la dermatitis de pañal por humedad durante una semana aplicando la DPH
- Valoración de medidas preventivas UPP
- Valoración del grado de dependencia aplicando la escala de Barthel
- Valoración de incidencias no previsibles por el uso de los dispositivos absorbentes utilizados en el estudio.
- Valoración por los usuarios sobre el dispositivo absorbente a estudio:
 - Confort
 - Adaptabilidad
 - Facilidad en el manejo

5. Dispositivos de absorción a estudio:

El material a utilizar son dispositivos absorbentes (pañales), estructurados en sus aletas de sujeción por un tejido sin tejer de celulosa y transpirables, compuestos en su interior por gránulos absorbentes que en contacto con los fluidos gelifican, al mismo tiempo que son impermeables hacia el exterior evitando el contacto de la humedad con la piel (Moli Care Hartman®). Estas características permiten comprobar la protección de la barrera fisiológica de la piel frente a los fluidos corporales de etiología muy variada, frente a los pañales que tradicionalmente se usan con aleta de sujeción plastificada y que llegan a causar rash del pañal. Los dispositivos a testar fueron proporcionados por el equipo investigador por reunir las características anteriormente expuestas y para evitar el sesgo en la investigación por la utilización de distintos dispositivos que pudieran alterar los resultados.

El estudio ha sido aprobado por los comités éticos y de investigación clínica del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia y la Universidad Católica

de Valencia “San Vicente Mártir”, siendo el estudio coordinado por el mismo Hospital y la Cátedra de Integridad y Cuidado de la piel de la Universidad.

6. Fases del estudio:

- **Fase 1. Elaboración de un Plan de cuidados.** Se elaboró un plan de cuidados para establecer las directrices adecuadas en la atención al paciente incontinente, haciendo uso de la metodología enfermera, para mantener y restaurar la integridad cutánea (Anexo 1).
- **Fase 2. Semana 1.** Sesión informativa sobre cuidados higiénicos del área perineal en contacto con los pañales y la importancia de seguir un protocolo para su uso. En esta sesión participaron los colectivos que ejercen el cuidado del paciente como son, de forma delegada auxiliares de enfermería y, como último responsable enfermería. La sesión se desarrolló sobre 4 aspectos:
 - Limpieza, hidratación y prevención en el paciente incontinente
 - Dermatitis asociada a incontinencia
 - Uso de dispositivos absorbentes
- **Fase 3. Semana 2.** Inclusión y valoración inicial del individuo. Se recogen datos clínicos epidemiológicos y se cumplimenta la escala de Barthel para valorar la dependencia en ABVD. Se realiza también de forma inicial una base de datos sobre aspectos de la piel en contacto con el pañal, así como de los cuidados que se llevan a cabo para protegerla.
- **Fase 4.** Se seguirá el protocolo de actuación establecido, valorando el estado de la piel del paciente aplicando la escala de la dermatitis del pañal por humedad (DPH) de forma diaria en su aseo rutinario y recogiendo los datos en un “Diario de incontinencia”, a lo largo de una semana.
- **Fase 5. Valoración final.** Se compararan los datos del día 1 y del día 7 y se analizaran los resultados.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de los datos con la ayuda de la herramienta informática Microsoft Office Excel 2010 y el programa estadístico SPSS versión 17.0.



Figura 1. Lesiones cutáneas.

CLASIFICACIÓN según AFECTACIÓN		
TIPO	SEVERIDAD DE LESIÓN	GRADO DE AFECTACIÓN
Tipo 1	LIQUENIFICACIÓN: Epidermis engrosada	LEVE
Tipo 2	ERITEMA + EDEMA: Inflamación epidérmica	LEVE +
Tipo 3	DESCAMACIÓN ECZEMA: Epidermis seca	MODERADO
Tipo 4	ERITEMA IRRITATIVO + HUMEDAD: Epidermis superficial (vesículas)	MODERADO +
Tipo 5	CANDIDIASIS: Afectación de epidermis	ALTO
Tipo 6	ÚLCERA: Afectación Dermis profunda	MUY ALTO

Tabla I.

Resultados

Se desarrolla la escala iconográfica de la dermatitis de pañal por humedad (DPH). La severidad y clasificación de las lesiones en la dermatitis del pañal se clasificaron con relación a la gravedad de la afectación cutánea. Las imágenes correspondientes a la escala se muestran en la **Figura 1** y la clasificación de la severidad de la lesión según el grado de la lesión se muestra en la **Tabla I**.

- **TIPO 1 - LIQUENIFICACIÓN.** Corresponde al engrosamiento o liquenificación de la epidermis debida a una irritación constante por un lavado y secado agresivo, correspondiendo a un grado de afectación (LEVE).
- **TIPO 2 - ERITEMA + EDEMA.** Corresponde a la presencia de eritema con edema que palidece a la vitropresión por la inflamación epidérmica y afectación de capilares dérmicos, pero sin pérdida de continuidad de la piel, correspondiendo a un grado de afectación (LEVE +).

- **Tipo 3 - DESCAMACIÓN ECZEMA.** Corresponde a la eczematización de la zona del pañal presentando descamación y prurito, teniendo como resultado una xerosis cutánea, asignándole un grado de afectación MODERADO.
- **Tipo 4 - ERITEMA IRRITATIVO + EXUDACIÓN.** Corresponde al eritema irritativo y húmedo donde los planos afectados son la epidermis superficial e incluso puede presentar vesiculización, asignándole un grado de afectación (MODERADO +).
- **Tipo 5 - CANDIDIASIS.** Presencia de colonización principalmente por candidas que afecta a epidermis completa y dermis, asignándole un grado de afectación (ALTO).
- **Tipo 6 - ÚLCERA.** Úlcera (por humedad) donde existe un daño de los tejidos que puede llegar a afectar hasta planos profundos como es el tejido adiposo, asignándole un grado de afectación (MUY ALTO).

El Tratamiento tópico para cada tipo de lesión se adecuo apoyándonos en la literatura sobre el tema^(19,25,26) y teniendo en cuenta la disponibilidad de los productos en el Sistema Valenciano de Salud (**Anexo II**).

En las lesiones del tipo 1, que corresponde al grado de afectación “Leve”, se realizará tras la higiene una correcta hidratación con lociones corporales o ácidos grasos hiperoxigenados.

En el tipo 2, que corresponde al grado de afectación “Leve +” se aplicará la pasta de oxido de zinc.

En el tipo 3, que corresponde al grado de afectación “Moderado”, se aplicaría pasta barrera compuesta de oxido de zinc y una crema de hidrocortisona al 1% como antiinflamatorio.

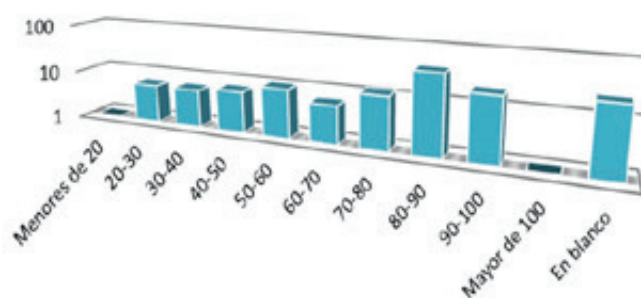
En el tipo 4, que corresponde al grado de afectación “Moderado +”, se aplicaran fomentos astringentes. Una vez retirados estos y secado la piel se aplicará pasta barrera de oxido de zinc.

En el tipo 5, que corresponde al grado de afectación “Alto”, se aplicarán fomentos astringentes (sulfato de cobre al 1 x 1000 o eosina acuosa al 2%) y cremas antimicóticas y bacterianas si la afectación es piodermatitis bacteriana.

En las lesiones del tipo 6, correspondiente al grado de afectación “Muy Alto”, el tratamiento tópico se realizará con la limpieza y lavado de la lesión con solución salina y apósitos de cura en ambiente húmedo en función del nivel de afectación y de las características de la lesión (suele responder bien a alginato cálcico),

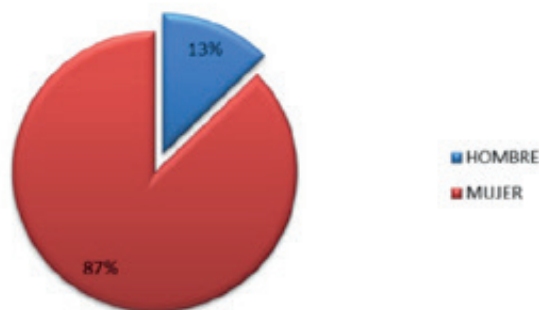
cremas de oxido de zinc en la piel perilesional y control de exudados.

En el desarrollo de la 2ª etapa del estudio para valorar la eficacia del cuidado del paciente con dispositivos absorbentes ante incontinencia urinaria y/o fecal participaron 134 pacientes el 45% de los cuales de los cuales tenía un rango de edad entre los 80-100 años siendo y el grupo mayoritario el de edades comprendidas entre los 80-90 años.



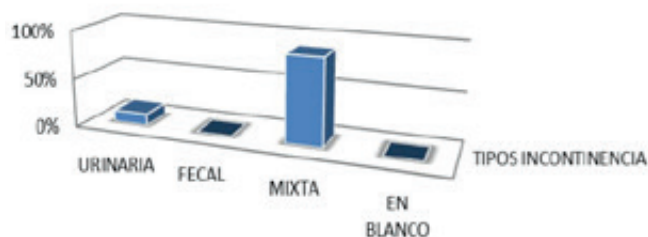
Gráfica 1. Grupos de edades.

En cuanto al sexo de los participantes la mayoría de participantes, el 87% eran mujeres y el 13% hombres.



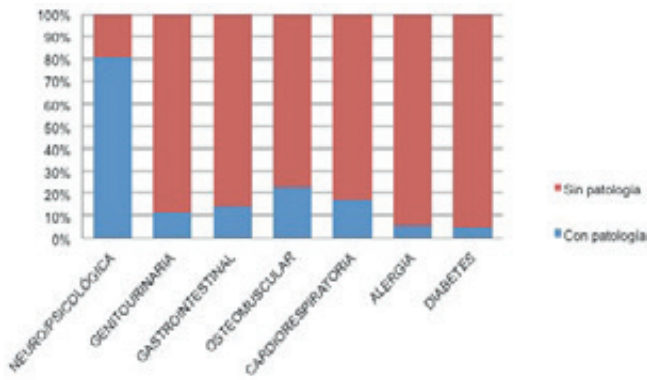
Gráfica 2. Sexo 1.

En el análisis de los resultados de la incontinencia destacar que la gran mayoría de participantes (88'06%) tenía incontinencia mixta tanto fecal como urinaria, mientras que el 11,94 % solamente mostraba incontinencia urinaria, tal como mostramos en la **Gráfica 3**.



Gráfica 3. Tipos de incontinencia.

Con respecto a la patología que padecían los participantes del estudio al inicio del mismo, cabe reseñar que más del 80% sufría alguna patología neuro/psicológica. Son destacables también, aunque previsibles por los altos rangos de edad de la población estudiada, las patologías osteomusculares y cardiorespiratorias, tal como mostramos en la Gráfica 4.



Gráfica 4. Patología concomitante.

En cuanto a los tratamientos relacionados con la incontinencia, cabe resaltar que en el momento de iniciar el estudio, sólo una persona precisaba el uso de catéter vesical y que ninguno de los participantes recibía tratamiento médico para paliar su incontinencia aunque a 20 de los participantes se les estaba aplicando algún tipo de crema barrera. Se observa en la Tabla II, que al finalizar este estudio, el número de pacientes con tratamiento barrera aplicado a la piel en relación con la incontinencia, ha disminuido.

TRATAMIENTO PARA LA INCONTINENCIA	INICIO	FINAL
MÉDICO	0	0
SONDAJE	1	0
COLECTOR	0	0
CREMAS BARRERA	20	11

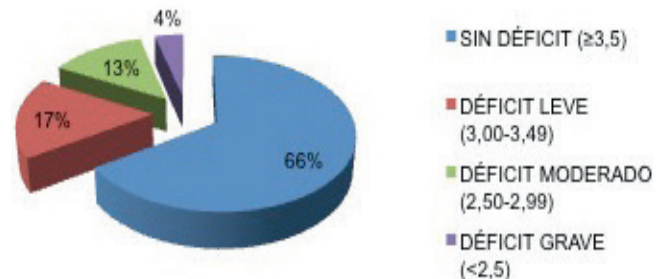
Tabla II.

Para la valoración del estado metabólico/nutricional de los pacientes, se han utilizado diferentes pruebas analíticas que ayuden a realizar un diagnóstico del paciente. Observamos que en referencia al pH de la orina (Tabla III), la media se sitúa en un pH neutro.

pH ORINA	
promedio	6,615
mínimo	5
máximo	8,5
desviación estandar	1,058191
mediana	7
media	6,530186

Tabla III. Ph orina

En el Gráfico 5 se observa que la gran mayoría de los pacientes (66%), no tienen déficit del nivel de albúmina, o en caso de tenerlo, es leve, y por lo tanto, no ha supuesto un problema para participar en el estudio.



Gráfica 5. Niveles de albúmina.

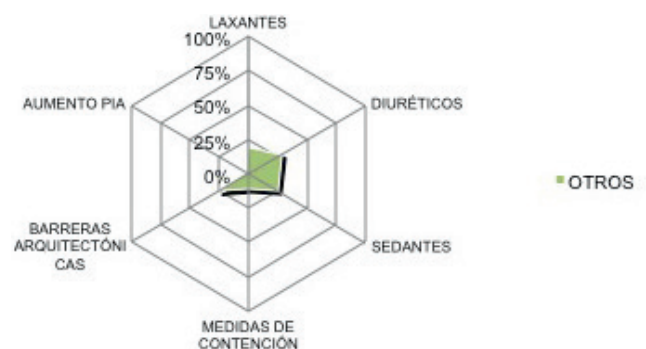
Lo mismo podemos observar en el Gráfico 6, donde claramente se define la población a estudio como una población sin déficit de proteínas totales (83%).



Gráfica 6. Proteínas totales.

Con el análisis de estos tres parámetros, PH urinario, niveles de albúmina y de proteínas totales, podemos afirmar que la población a estudio, es, en su gran mayoría, una población con un estado nutricional/metabólico adecuado.

En el análisis de otros factores que pudieran influir en el estudio de la incontinencia es necesario resaltar que los pacientes estaban recibiendo distintos tratamientos relacionados con sus patologías de base, de entre los cuales, se destacan los sedantes y diuréticos, administrados a más del 25% de la población, tal como mostramos en la Gráfica 7.



Gráfica 7. Otros factores.

Si empezamos a comparar resultados al inicio del estudio y al final, uno de los que más interesa detallar es el estado de la piel de los pacientes, ya que éste describirá, de manera física, cual es la evolución de los cuidados en este paciente.

Con relación a la valoración de la piel en el **Gráfico 8** observamos su estado tanto al inicio del estudio como al finalizar el mismo. Al iniciar el estudio, 103 pacientes presentaban un estado normal en la piel, mientras que 130 de ellos presentaban este estado al finalizar el estudio. Los problemas más frecuentes observados al inicio del estudio y que se reducen considerablemente al finalizar el mismo, son los eritemas y la sequedad.

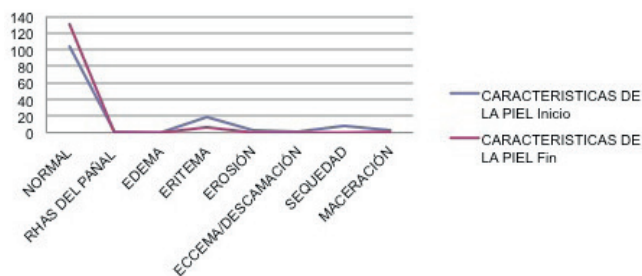


Gráfico 8. Estado de la piel Inicio y Final estudio.

En el momento de iniciar el estudio, a los pacientes se les estaban aplicando una serie de medidas para evitar la aparición de UPP o humedad que pudiera generar problemas en la integridad de la piel. A destacar, como se muestra en el **Gráfico 9**, destacan las cremas barrera y los cambios posturales (utilizado en un 48% y 24% de los pacientes respectivamente).

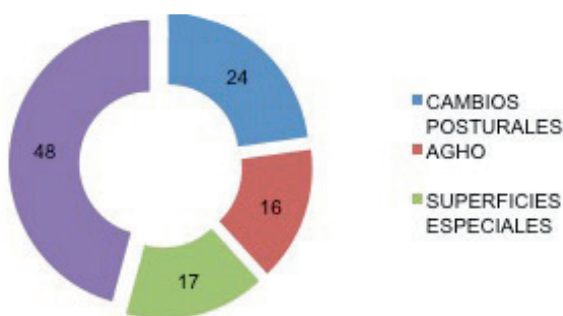


Gráfico 9. Medidas de prevención UPP y por humedad.

En cuanto a la valoración sobre el riesgo de padecer UPP, se observa en el **Gráfico 10**, que más del 50% de los pacientes tienen riesgo alto o medio de aparición de UPP. Este elevado riesgo está justificado porque la mayoría de los pacientes son personas muy dependientes, el 59% tiene dependencia total tal como se observa en el **Gráfico 11** al aplicar la escala de Barthel.

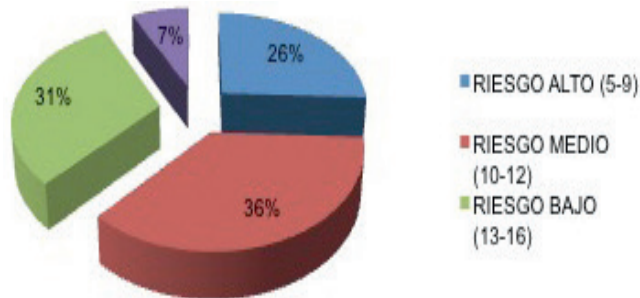


Gráfico 10. Escala de Norton valoración riesgo de UPP.

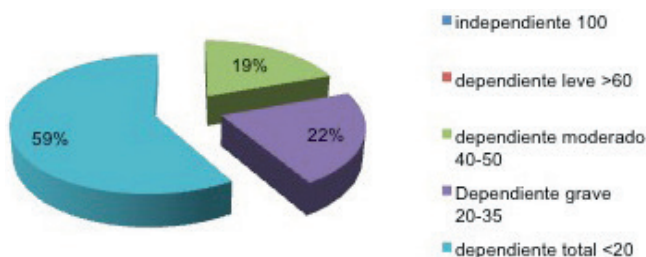


Gráfico 11. Escala de Barthel.

Con respecto al análisis de deposiciones se recogen un total de 40 deposiciones como máximo *per cápita* en una semana y 60 micciones. En 22 casos, los pacientes no realizaron ningún tipo de deposición en toda la semana, como se observa en el **Gráfico 12** (mínimo=0).

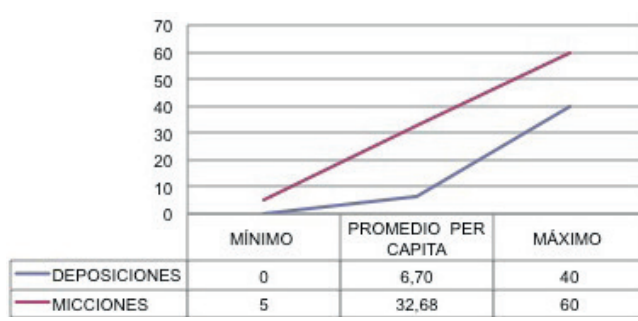


Gráfico 12. Diario de incontinencia.

En el **Gráfico 13**, se puede ver como la mayoría de las deposiciones y micciones recogidas a lo largo de la semana han sido normales, destacando por su importancia, la cantidad de fugas recogidas, casi siempre en los mismo pacientes.

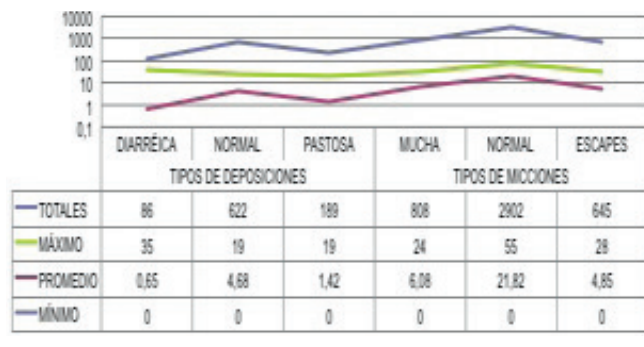


Gráfico 13. Tipo de deposiciones / Micciones.

En esta misma línea, en el **Gráfico 14**, se detallan los datos recogidos sobre incidentes sucedidos a lo largo de la semana, no sólo en lo referente a la piel del paciente, si no a la experiencia con el dispositivo absorbente. En el 55% de los casos no se ha registrado ninguna incidencia, y hasta en un 23% de los casos, se ha dejado sin marcar el casillero de "Ninguna", pero tampoco se ha marcado otra incidencia, por lo que, aun no pudiendo asegurar que signifiquen que no existen incidencias, tampoco se ha registrado ninguna.

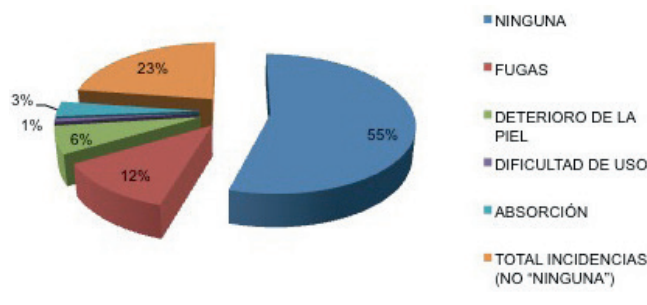


Gráfico 14. Incidencias.

En cuanto a la valoración de los dispositivos utilizados en el estudio en el **Gráfico 15** se ve reflejada la experiencia global de los usuarios con relación a los dispositivos absorbentes. Se puede observar la tendencia hacia la calificación de "buena" o "muy buena" en casi todos los casos registrados, destacando la facilidad en la retirada y la adaptabilidad como experiencia "muy buenas".

En el anexo 1, se desarrolla el plan de cuidados para pacientes incontinentes, utilizando la metodología NANDA, NIC y NOC, especificando pormenorizadamente los cuidados adecuados en cada momento asistencial, con el fin de abordar al paciente con incontinencia desde una perspectiva integrada⁽²⁶⁻³¹⁾.

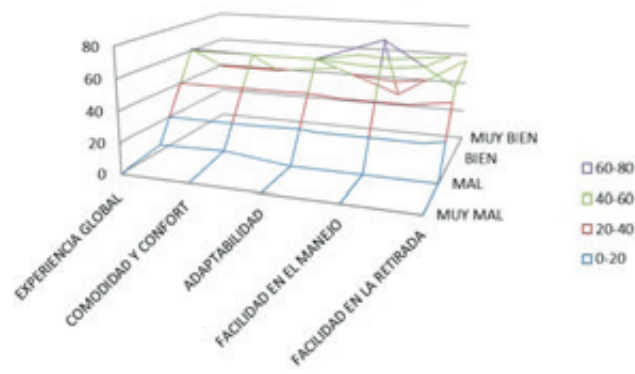


Gráfico 15. Experiencia usuarios.

Conclusiones

El uso de dispositivos absorbentes es útil en el cuidado de la incontinencia sobretodo en pacientes geriátricos incontinentes y muy dependientes.

La utilización de una escala de valoración de la dermatitis de pañal por humedad aplicada a pacientes con incontinencia es útil para analizar la aparición y evolución de las lesiones relacionadas con la humedad, facilita el tratamiento de las mismas y evita la multiti- versidad de tratamientos.

La utilización de un plan de cuidados estandarizado para pacientes con incontinencia facilita las estrategias de actuación, favorece la unificación de criterios y evita la diversidad de actuaciones ante un mismo proceso.

Las intervenciones formativas sobre el personal a cargo de los cuidados de pacientes con incontinencia resulta eficaz para mejorar el manejo de dispositivos absorbentes, y en definitiva, el cuidado de la piel de las personas con incontinencia.

Los dispositivos absorbentes utilizados en el estudio reúnen las características necesarias que garantizan su correcto funcionamiento ya que en nuestro estudio queda demostrada la eficacia, tolerancia, sujeción, absorción y adaptabilidad de los dispositivos absorbentes utilizados.

Agradecimiento

- Hospital General Universitario de Valencia
- Cottolengo del Padre Alegas. Valencia
- Residencia Fortuny. Catarroja
- Centro sociosanitario Ntra. Sra. del Carmen. Valencia
- Residencia Mayores de Jalance (Valencia)
- Residencia de la 3ª edad Parqueluz, Catarroja (Valencia)
- Residencia de los Ancianos Desamparados, Sueca (Valencia)

Conflicto de intereses

Todos los autores de este artículo han declarado la ausencia de conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Barranes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública de México*. 2007; 49 supl 4: S459-S466.
2. Cancelo MJ. Guía ONI Orientaciones. [Online]. Citado el 2013-11-2. Disponible en: http://www.observatoriodelaincontinencia.es/guia_oni/002_pro/index.html.
3. Morilla-Herrera JC. Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Granada 2003. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0272.pdf>.
4. Sociedad Española de geriatría y gerontología. Tratado de geriatría para residentes. In. Madrid: M&C; 2006. p. 151-157.
5. Salinas Casado J, Brenes Bermúdez F, Castaño Catalá R. La incontinencia urinaria en el varón en España. Citado el 2013-11-3. Disponible en: http://www.observatoriodelaincontinencia.es/guia_oni/001_pro/index.html.
6. Martínez Agulló E, Ruiz Cerdá JL, Gómez Pérez L, et.al. Prevalencia de incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva en la población española. Resultados del estudio EPICC. *Actas Urológicas Españolas*. 2009; 33(2): p. 159-166.
7. Gavira Iglesias FJ, Pérez -del-Molino Martín J, Valderrama Gama E, et.al. Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en una zona básica de salud. *Atención Primaria*. 2001;(28): p. 97-104.
8. Penny Montenegro E, Melgar Cuellar F. Geriatría y Gerontología para el médico internista. In. Bolivia: La Hoguera; 2012. p. 523.
9. Iglesias-Regidos J, Morilla-Herrera JC, Martín-Santos FJ, Bonill-de-las-Nieves C, Morales-Asencio JM. Evaluación de la calidad de los absorbentes en incontinencia urinaria. *Tempos Vitalis*. 2008; 8(2).
10. Palomar-Llatas F, Fornes-Pujalte B, Arantón-Areosa L, Rumbo-Prieto JM. Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad, fricción, cizalla y presión. *Enferm Dermatol* 2013;7(18-19):14-25.
11. García Fernández FP, Ibars Moncasi P, Martínez Cuervo F, et.al. Incontinencia y úlceras por presión. Madrid: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº10; 2006.
12. Souza D, Gouveia V. Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en ancianos atendidos en asilo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007 Octubre; 15(5): p. 958-964.
13. Tirado-Cerdano J, Martínez-Raygada S. Cuidados de la piel del anciano. *Dermatología Peruana*. 2008; 18(2): p. 106-110.
14. Penny Montenegro E. Cambios Anatómicos y fisiológicos durante el envejecimiento y su impacto clínico. In Geriatría y gerontología para el médico internista. Bolivia: La Hoguera; 2012. p. 37-55.
15. Palomar-Llatas F, Fornes-Pujalte B, Arantón-Areosa L. Envejecimiento cutáneo y dermatoporosis. Palomar-Llatas F, Fornes-Pujalte B, Arantón-Areosa L. Envejecimiento cutáneo y dermatoporosis. *Enferm Dermatol* 2013;7(18-19):8-13.
16. Diggory AH, Liddle J, Pratt CFW, Samadian S, Tpzter R, Weinstein C. Medicine in the elderly. *Reviews in medicine. Postgraduate Medical Journal*. 1991 Mayo; 67(787): p. 423-455.
17. Observatorio Nacional de la Incontinencia. Libro Blanco de la Incontinencia Urinaria. [Online].; Actualización diciembre 2008 [cited 2013 11 13]. Available from: http://www.observatoriodelaincontinencia.es/soyunmedico/libro_blanco.pdf.
18. Füsügen I, Dirschka T. Piel y absorbentes para la incontinencia - un área de conflicto. La importancia de utilizar absorbentes transpirables. In. Velbert, Alemania: Max-Bürger-Institut para la investigación en ancianos; 2002. p. 6.
19. Palomar-Llatas F, Lucha-Fernández V, Albert-Sanchis P. Protección y tratamiento de la piel periluceral: Oxido de zinc, película barrera, eosina al 2%. *Enferm Dermatol* 2011;5(13-14):46-50.
20. Palomar-Llatas F, Fornés B, Tornero A, Muñoz V. Escala valoración FEDPALLA de la piel perilesional. *Enferm Dermatol* 2007;1(00):36-38.
21. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 414/1996, de 1 de marzo, por el que se regulan los productos sanitarios. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1996/04/24/pdfs/A14670-14702.pdf>.
22. Álvarez-Nieto J, et al. Guía de buen uso de absorbentes de incontinencia urinaria. S.X. Farmacia e Productos Sanitarios, Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. Santiago, 2007. Disponible en: <http://www.sergas.es/gal/publicaciones/Docs/Farmacia/PDF4-81.pdf>.
23. Laboratorios HARTMANN S.A. Vivir mejor con incontinencia. Disponible en: http://es.hartmann.info/images/Vivir_mejor_con_incontinencia_ES.pdf.
24. Palomar-Llatas F. Protección contra la humedad en pacientes incontinentes encamados. *Enfermería Dermatológica*. 2009 Mayo-Agosto;(7).
25. 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).
26. Wilkinson J, Ahern N. Manual de diagnósticos de enfermería, 9ª Ed. Pearson Prentice Hall; 2008.ISBN: 978-84-8322-417-5.
27. Fuden. Guía Diagnóstica Enfermera. Fundación para el desarrollo de la enfermería. Madrid; 2003. Disponible en: http://www.ome.es/01_01_cfm?id=425
28. Ballesta-López FJ et al. Guía de actuación de enfermería. Manual de Procedimientos generales Valencia: Generalitat Valenciana. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat. Valencia 2007. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.5277-2007.pdf>
29. Gómez-Rodríguez de Acuña A. Padilla-Luz A. Pérez-Pérez A. González-Gómez CM. Absorbentes de incontinencia de orina. Bolcan (Boletín Canario de Uso Racional de Medicamentos del SCS) 2009; 1(3):1-6. Disponible en: http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3235326f-31b6-11df-b5d7-a3a2fbc2f35/BolcanAIO_05_05_2009.pdf
30. Equipo editorial de Fisterra. Absorbentes de incontinencia. Marzo 2010. Disponible en: http://www.fisterra.com/Salud/1infoConse/absorbentes_IU.asp
31. Equipo editorial de Fisterra. Incontinencia urinaria: guía para cuidadores. Marzo 2010. Disponible en: http://www.fisterra.com/Salud/1infoConse/inconUrinaria_guiaCuidadores.asp

Anexo I. Plan de cuidados al paciente incontinente.

Objetivo general: Establecer las directrices adecuadas, haciendo uso de la metodología enfermera, para mantener y restaurar la integridad cutánea en el paciente incontinente.

Anciano incontinente. Recomendaciones generales.

NANDA: (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c eliminaciones y excreciones, factores mecánicos y otros.

NOC: (1101) Mantenimiento de la integridad tisular.

NIC:

(6610) Identificar al paciente en riesgo.

- Valoración al ingreso y siempre que cambien las condiciones físicas.
- Valoración de la incontinencia. Llevar a cabo un Diario de Incontinencia, que posibilite observar el patrón de eliminación (frecuencia, características, cantidad, etc.).
- Valorar el riesgo de úlceras por presión mediante el uso de escalas para tal fin, que incluyan el ítem de humedad y/o incontinencia como factor de riesgo.

(3590) Vigilancia de la piel.

- Observación diaria del estado de la piel y detección precoz de lesiones en función de la temperatura, color, sequedad y humedad.

(1750) Cuidado de la piel perineal. Protocolo de cuidado de la piel íntegra.

Se basa en tres puntos clave: LIMPIEZA, HIDRATACIÓN Y PROTECCIÓN.

LIMPIEZA:

- a) El personal auxiliar se encarga de satisfacer la necesidad de higiene como actividad delegada de enfermería, última responsable.
- b) Mantener un clima de respeto y colaboración, fomentando el autocuidado. Explicar lo que se va a hacer y tranquilizarlo.
- c) Lavado integral diario:
 - Limitar el lavado con agua y jabón sólo al aseo integral diario y cuando las circunstancias lo exijan.
 - Mantener el orden de lavado adecuado: cara, brazos, tronco, piernas y, por último, la zona genital.
 - El lavado genital es un momento íntimo en el que se ha de actuar con delicadeza.

- La limpieza siempre se realiza desde la parte más limpia a la más contaminada (desde el pubis hacia el ano)
- Retirar, antes de lavar, los restos de residuos.
- Usar agua a temperatura idónea, 35-36°C (temperatura ambiente 24-25°C).
- En la mujer, separar los labios con una mano y lavar con la otra.
- En el hombre, retraer la piel del glande y lavar. Devolver la piel a su posición y limpiar los testículos.
- Se debe aclarar y secar perfectamente, de manera suave y minuciosa, por empapamiento, sin fricción. Prestando especial atención a pliegues inguinales, genitales y línea interglútea.

d) Lavado rutinario tras cada episodio de eliminación:

- Para el lavado rutinario de la zona anogenital se deben usar productos no irritantes sin aclarado, apostando por su presentación en forma de toallitas desechables.
- Evitar el uso de jabones en pastilla, ya que pueden favorecer la contaminación cruzada.
- Utilizar productos con pH neutro (próximo a 5.5).

HIDRATACION:

- Asegurar la hidratación sistémica adecuada. Evitando la toma de líquidos 2-3 h antes de acostarse (prevenir la enuresis).
- Hidratación tópica diaria con humectantes para restituir el manto hidrolipídico.

PROTECCION:

- Uso de medidas disponibles para disminuir el contacto con el irritante
- a) Uso de cremas barrera
 - Seleccionar el producto según características del individuo y del proceso de incontinencia.
 - Tener en cuenta las características ideales del producto barrera:
 - o Resistencia a orina/heces
 - o Transparencia
 - o Fácil aplicación
 - o Fácil eliminación
 - o Económico

- Aunque si bien es cierto que no existe el producto barrera ideal, se afirma que uno de los más eficaces y eficientes es la pasta de óxido de zinc.

b) Sistemas externos (colector urinario o sonda externa).

c) Sondaje vesical/ rectal.

Se evitará en medida de lo posible por los riesgos de infección que conlleva y otros asociados. En caso de ser necesario se preferirá el sondaje intermitente, realizando en cualquier caso una técnica estéril y un manejo y cuidado del sondaje aséptico

d) Uso de dispositivos absorbentes (pañales)

Se debe seleccionar el absorbente adecuado en función de:

- El tipo de incontinencia
- La anatomía del individuo
- El grado de dependencia
- La frecuencia de las pérdidas
- El volumen de las pérdidas

Encontramos diferentes tipos de absorbentes:

→ Según forma y sistema de sujeción:

Rectangular: indicado para pacientes que deambulan y con pérdidas de orina leves. Sujeción mediante braga de malla elástica.

Anatómico: indicado para pacientes que deambulen y con buen estado cognitivo, excepto si las pérdidas son abundantes o hay incontinencia fecal asociada. Sujeción mediante braga de malla elástica.

Anatómico elástico: pacientes encamados o con movilidad reducida. Aquellos con incontinencia fecal asociada y con pérdidas abundantes. Con sistemas de sujeción adhesivo que permiten abrirlos y cerrarlos varias veces sin tener que cambiar el pañal. Tallas disponibles:

Pequeña: cintura 50-80 cm y cadera: 60-90 cm.

Mediana: cintura 80-125 cm y cadera 90-135cm.

Grande: cintura 100-140 cm y cadera 110 -150 cm.

→ Según capacidad de absorción:

Absorbentes de goteo: Compresas. Absorción de +- 50-300ml. No financiado.

Día: indicado para pérdidas leves o moderadas

en periodo diurno. Absorción +- 600-900 ml.

Noche: indicado para pérdidas leves o moderadas en periodo nocturno; o abundantes en periodo diurno. Absorción +- 900-1200 ml.

Supernoche: indicado para pérdidas moderadas / abundantes en periodo nocturno. Absorción mayor a 1200ml.

La frecuencia de cambio de los absorbentes debe ser la adecuada de forma que se evite al máximo el ambiente de oclusión. La mayoría de pañales poseen un indicador de humedad en forma de banda exterior que vira de color cuando es necesario realizar el cambio o permiten la observación externa de la orina.

Procedimiento de cambio de pañal:

- Lavado de manos antes y después de cada cambio
- Retirar el pañal por la parte posterior del cuerpo del usuario.
- Realizar la higiene adecuada de la zona del pañal.
- Colocar el pañal limpio desde la parte delantera del cuerpo.
- Ajustar pliegues y cierres, evitando que el pañal se movilizce y produzca roces.

Colocación de absorbentes elásticos:

1) POSICION DE PIE.

- o Asegurar un punto de apoyo al paciente
- o Colocar el pañal con la parte de los adhesivos en la zona posterior, a la altura de la cintura.
- o Pasar el pañal entre las piernas y ajustarlo.
- o Fijar los adhesivos a la parte anterior.

2) POSICION ACOSTADO:

- o Colocar al paciente en decúbito lateral.
- o Remeter el pañal por debajo de la cadera en la que se apoya el paciente, con la parte de los adhesivos, a la altura de la cintura.
- o Girar al paciente y colocarlo en decúbito supino.
- o Meter el pañal entre las piernas y ajustar.
- o Pegar los elásticos sobre la parte anterior.

Colocación de absorbentes anatómicos y rectangulares con malla:

1) POSICION DE PIE:

- o Asegurar un punto de apoyo para el paciente
- o Colocar la malla a la altura de las rodillas.
- o Retirar el pañal sucio y llevar a cabo la limpieza de genitales.
- o Pasar el pañal limpio entre las piernas, abrirlo y ajustarlo.
- o Subir la malla colocando primero la parte de detrás, bien estirada.

2) POSICION ACOSTADO:

- o Colocar al paciente en decúbito lateral.
- o Retirar la malla y el pañal sucio y llevar a cabo la limpieza de genitales.
- o Pasar el pañal limpio entre las piernas, abrirlo y ajustarlo.
- o Poner la malla colocando primero la parte de detrás, bien estirada.
- o Ajustar todo el conjunto

NANDA: (00016) Deterioro de la eliminación urinaria r/c alteración de factores ambientales, limitaciones neuromusculares, deterioro de la cognición y otros m/p incontinencia.

NOC:

(0305) Cuidados personales: higiene. Mantenimiento del autocuidado: uso del orinal/ retrete

(0502) Continencia urinaria

(0503) Eliminación urinaria

NIC:

(0590) Manejo de la incontinencia urinaria

- Recopilar la historia urinaria y eventos relacionados: frecuencia de los episodios, duración, severidad, escapes, nicturia, presencia de ITU, etc.
- Adiestramiento del hábito urinario: crear un patrón predecible de evacuación para prevenir la incontinencia.
- Programa de entrenamiento vesical:
 - Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de eliminar.
 - Registro de incontinencia durante 3 días como mínimo para establecer el patrón de eliminación urinaria.

- Vaciamiento programado: Establecer un intervalo de tiempo para ir al aseo, según el patrón de eliminación.
- Escapes >1h, debe programarse vaciamiento cada hora. Disminuir el intervalo si se producen más de 3 episodios en 24h.
- Escapes < 1h, debe programarse vaciamiento cada 30 minutos. Aumentar el intervalo en 1h si no se muestra episodio de incontinencia durante 3 días.
- Ejercicios de Kegel
- Técnica del doble vaciamiento: mantener al paciente de pie (varón) o sentado (mujer) tras la micción, y animarle a que lo intente de nuevo.

(0610) Cuidados de la incontinencia urinaria.

- Modificar la ropa para favorecer la fácil y rápida retirada (uso de velero elástico en lugar de cremalleras, cierres automáticos, etc.)
- Limitar líquidos 2-3 h antes de irse a la cama.
- Limitar la ingesta de irritantes vesicales (colas, café, té y chocolate)
- Adecuar administración de fármacos diuréticos durante el día.

(1750) Cuidado de la piel perineal.

NANDA: (00014) Incontinencia fecal r/c pérdida de control sobre el esfínter fecal y factores ambientales m/p incapacidad para retrasar la defecación y/o goteo continuo de heces blandas.

NOC:

(0500) Continencia intestinal

(0501) Eliminación intestinal

(1101) Integridad tisular

NIC:

(0430) Manejo intestinal

- Recopilar la historia de incontinencia fecal y eventos relacionados: frecuencia de los episodios, duración, severidad, escapes, diarrea, etc.
- Adiestramiento del hábito de deposiciones: crear un patrón predecible de evacuación para prevenir la incontinencia.
- Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de eliminar.
- Registro de incontinencia durante 3 días como mínimo para establecer el patrón de eliminación fecal.

(0410) Cuidado de la incontinencia intestinal

(1750) Cuidados perineales

Anciano incontinente con alteración de la integridad cutánea.

NANDA: (00014) Incontinencia fecal r/c pérdida de control sobre el esfínter fecal y factores ambientales m/p incapacidad para retrasar la defecación y/o goteo continuo de heces blandas.

NANDA: (00016) Deterioro de la eliminación urinaria r/c alteración de factores ambientales, limitaciones neuromusculares, deterioro de la cognición y otros m/p incontinencia.

NANDA: (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c eliminaciones y excreciones, factores mecánicos y otros

NANDA: (00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c humedad, factores mecánicos y sustancias químicas m/p alteración de las capas de la piel (epidermis y/o dermis)

NOC:

(1101) Integridad tisular: piel y mucosas.

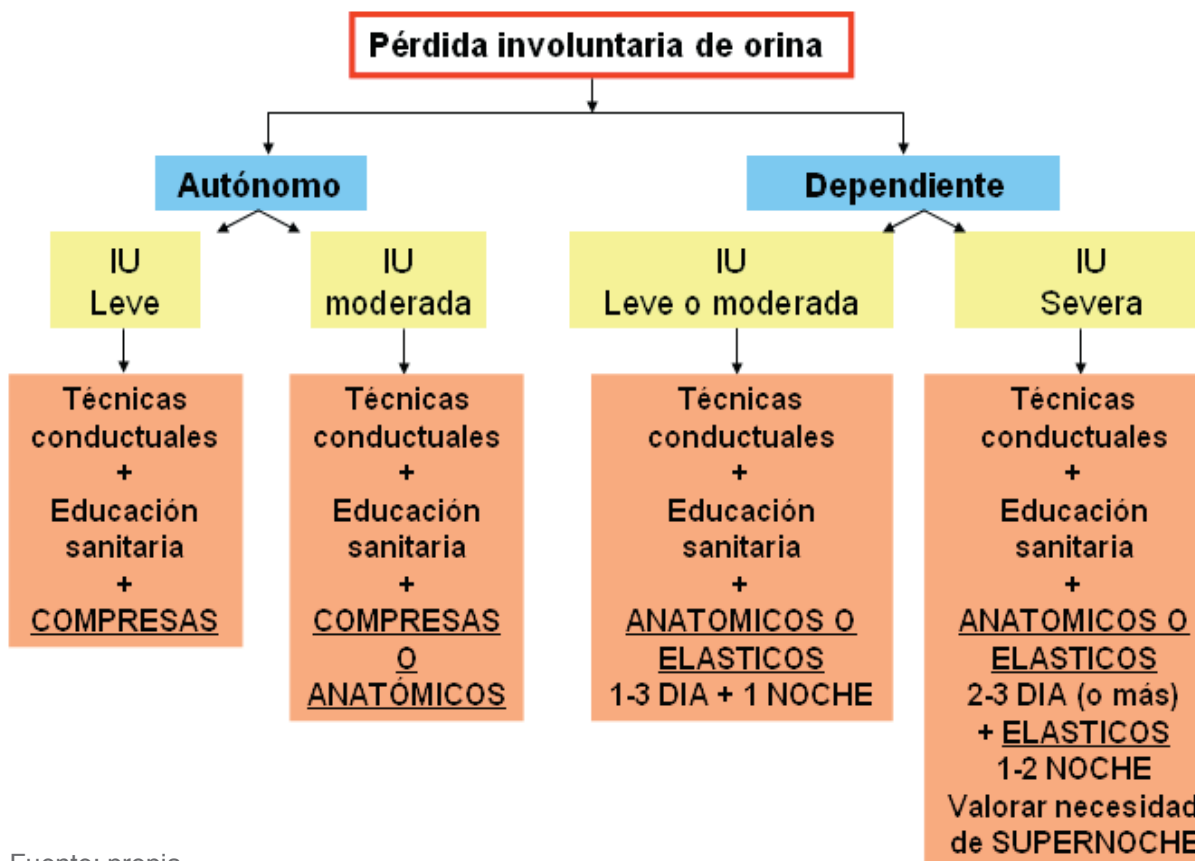
NIC:

(3660) Cuidados de las heridas

- Valoración de la lesión por incontinencia según la Escala de Valoración Dermatitis del Pañal por Humedad (DPH):
- Aplicación de tratamiento tópico según características de la lesión y grado de afectación identificados:
- Se desaconseja el uso de absorbentes en las lesiones severas por el riesgo de contaminación y por favorecer la oclusión.

(3590) Vigilancia de la piel

Algoritmo de indicación de absorbentes:



Fuente: propia.

Anexo II. Escala valoración dermatitis del pañal por humedad (DPH).



VALORACION Y PROTOCOLO: DERMATITIS DEL PAÑAL POR HUMEDAD		
LESIÓN	AFECTACIÓN	DISPOSITIVO ABSORBENTE Y TRATAMIENTO TÓPICO
TIPO 1: LIQUENIFICACIÓN	LEVE	Hidratar con lociones corporales o ácidos grasos hiperoxigenados.
TIPO 2: ERITEMA + EDEMA	LEVE +	Pasta de óxido de zinc.
TIPO 3: DESCAMACION + ECZEMA	MODERADO	Pasta de óxido de zinc + Crema de hidrocortisona.
TIPO 4: ERITEMA EXUDATIVO	MODERADO +	Fomentos astringentes (Agua sulfatada 1%) + Pasta de óxido de zinc.
TIPO 5: CANDIDIASIS	ALTO	Fomentos astringentes (Permanganato potásico 1/10.000 y cremas antimicóticas).
TIPO 6: ÚLCERA	MUY ALTO	Apósitos de cura en ambiente húmedo en función del nivel de afectación y de las características de la lesión, cremas de óxido de zinc y control de exudados.

Cura en ambiente húmedo en úlceras crónicas a través del Concepto TIME. Recomendaciones basadas en la evidencia.

Autores:

Tizón-Bouza, E.⁽¹⁾, Pazos-Platas, S.⁽²⁾, Álvarez-Díaz, M.⁽³⁾, Marcos Espino M.P.⁽⁴⁾, Quintela-Varela, M.E.⁽⁵⁾

(1) Graduada en Enfermería. Máster Universitario en Deterioro de la Integridad Cutánea, úlceras y heridas. Enfermera en Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (A Coruña).

(2) Enfermera Interna Residente en Enfermería Familiar y Comunitaria en A Coruña. Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña (A Coruña).

(3) Graduada en Enfermería. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol.

(4) Diplomada en Enfermería. Máster Universitario en Deterioro de la Integridad Cutánea, úlceras y heridas. Hospital General de Gran Canaria Dr. Negrín - Las Palmas de Gran Canaria.

(5) Graduada en Enfermería. Máster Universitario en Investigación y Gestión de Servicios Sociales. Enfermera Interna Residente en Enfermería Familiar y Comunitaria en Ferrol (A Coruña).

Resumen

Introducción: La preparación del lecho de la herida (PLH) en cura ambiente húmedo (CAH) requiere audacia en la identificación de las categorías, en la elección de los métodos de desbridamiento, limpieza y recursos a emplear. Nuestro objetivo es reunir las principales recomendaciones basadas en la evidencia que ayuden al personal de Enfermería en el tratamiento de las úlceras por presión (UPP) con el fin de prestar cuidados eficaces, eficientes y un abordaje integral de las mismas favoreciendo su cicatrización en un tiempo adecuado.

Metodología: Estudio de revisión bibliográfica en diferentes bases de datos utilizando los descriptores de salud relacionados con úlceras por presión. Se limitó la búsqueda a artículos publicados en español, inglés y portugués en los últimos 5 años, hasta agosto 2013. A través de un grupo focal, se evaluaron por pares las recomendaciones prácticas encontradas.

Resultados: Se reúnen las principales recomendaciones basadas en la evidencia sobre la PLH siguiendo los pasos del concepto TIME, a partir del control del tejido no viable, de la inflamación o infección, del exudado y estimulando los bordes epiteliales.

Conclusión: Para mejorar la eficacia de nuestras prácticas, Enfermería debe utilizar la evidencia demostrada e implementarla en el trabajo diario en el manejo de las UPP para mejorar la seguridad y calidad de la asistencia sanitaria.

Palabras clave: Enfermería basada en la Evidencia, Úlcera por presión, Infección de heridas, Desbridamiento, Exudados y transudados, Guía de práctica clínica.

CURE IN MOIST ENVIRONMENT IN CHRONIC ULCERS THROUGH THE CONCEPT TIME. EVIDENCE-BASED RECOMMENDATIONS

Abstract:

Introduction: The preparation of the wound bed (PWB) in a moist healing environment (MHE) requires the adequate identification of pressure ulcer categories, choice of methods of debridement, cleansing and resources to be used. The objective of this literature review is to gather key evidence-based recommendations to assist the nursing staff in the treatment of pressure ulcers (PUs), in order to provide an effective and efficient care using a comprehensive approach to promote their healing in an optimal time.

Methods: Study of literature review in different databases using the descriptors of health related to pressure ulcers. The search was limited to articles published in Spanish, English and Portuguese during the last 5 years, until August 2013. The practical recommendations found were evaluated in pairs by a focus group.

Results: The main recommendations based on the evidence on PLH are presented, following the steps of the TIME framework: effective control of the non-viable tissue, inflammation or infection, wound exudate and stimulation of epithelial edges.

Conclusion: To improve the effectiveness of their practices, nurses should use the most up to date evidence on PU management and implement it in their daily practice in order to improve the safety and the quality of health care delivery.

Key words: Evidence-based Nursing, Pressure ulcer, Wound infection, Debridement, Exudates and Transudates, Clinical Practice Guideline.

Introducción

La preparación del lecho de la herida en cura ambiente húmedo (CAH) ofrece un enfoque global para la eliminación de obstáculos en la cicatrización y para la estimulación del proceso de cicatrización. Esta preparación abarca procesos básicos como son el tratamiento de la infección, abordaje del tejido necrótico y desvitalizado, además del exudado, sin descuidar el mantenimiento y cuidado del tejido borde perilesional^[1].

El abordaje de la CAH debe tener en cuenta las necesidades psicológicas del paciente y las etiologías subyacentes asociadas al mismo. De modo que, si todos estos elementos se tratan, muchas heridas evolucionarían hacia la cicatrización^[1]. Para ello, debemos obtener el mayor número de información posible a través de la valoración de cada caso, primer paso a realizar dentro del proceso enfermero.

Un gran avance en la solución o el tratamiento de las heridas crónicas ha sido el concepto de “Preparación del lecho de la herida” (PLH), término acuñado por Falanga en el que propone un enfoque global y dinámico del tratamiento. Este concepto no es aplicable de igual manera a las lesiones agudas, en las que no acontecen los mismos fenómenos fisiopatológicos que en el caso de las heridas crónicas. En este sentido, la junta consultiva de la *Wound Bed Preparation Advisory Board* ha desarrollado un esquema de trabajo, acuñado bajo el acrónimo inglés TIME cuyo objetivo es optimizar las condiciones de la herida^[4].

El concepto TIME sobre cura en ambiente húmedo consiste en la PLH, adaptándose a las necesidades de la misma y al proceso de cicatrización^[1]. El objetivo de este concepto es ofrecer una guía práctica y sistemática para el tratamiento de heridas crónicas, sirviendo de recordatorio en las intervenciones clínicas y los resultados que cabe esperar^[5]. Existen cuatro componentes en la preparación del lecho de la herida, cada uno de ellos enfocado en las diferentes anomalías fisiopatológicas que subyacen a las heridas crónicas^[1]:

- **T = CONTROL TEJIDO NO VIABLE**
- **I = CONTROL DE LA INFLAMACIÓN Y DE LA INFECCIÓN**
- **M = CONTROL DEL EXUDADO**
- **E = ESTIMULACIÓN DE BORDES EPITELIALES**

Estos cuatro componentes ofrecen unas pautas para ayudar a los profesionales sanitarios a desarrollar un enfoque integral, mediante el cual pueda aplicarse el conocimiento científico básico para desarrollar estrategias que optimicen las condiciones de cicatrización de las heridas crónicas^[6]. El objetivo del esquema TIME es optimizar el lecho de la herida mediante la reducción del edema, del exudado y de la carga bacteriana y, de forma no menos importante, mediante la corrección de anomalías que retrasan la cicatrización. Así se facilitarían el proceso endógeno normal de la cicatrización de heridas, siempre que también se tengan en cuenta los factores subyacentes intrínsecos y extrínsecos que repercuten en la incapacidad de la herida para curarse^[1].

El objetivo que nos planteamos con el presente trabajo es reunir las principales recomendaciones basadas en la evidencia sobre la CAH a través del concepto TIME, que ayuden al personal de Enfermería en el tratamiento de las UPP con el fin de prestar cuidados eficaces, eficientes y un abordaje integral de las mismas favoreciendo su cicatrización en un tiempo adecuado.

Metodología

Se llevo a cabo un estudio descriptivo de revisión bibliográfica. Para ello, se revisaron las siguientes bases de datos: EMBASE, CUIDEN Plus, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *The Cochrane Library* y *Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud* (LILACS).

Se optó por una estrategia de búsqueda específica adaptada a cada una de las bases de datos citadas, utilizando los descriptores de la salud DeSC: “Úlcera por presión”, “Infección de heridas”, “Desbridamiento”, “Guía de práctica clínica”; combinadas con texto libre “UPP” y descriptores MeSH: “*decubitus ulcer*” or “*pressure ulcer*” or “*pressure sores*” or “*bed sores*”; “*guideline*” or “*risk assessment*”.

Además, se revisaron diversas guías de práctica clínica. Se limitó la búsqueda a artículos en español, inglés y portugués, y sólo aquellos publicados en los 5 últimos años. El periodo de búsqueda para cada base de datos ha sido desde 2009 hasta noviembre de 2013.

Para el análisis de la información se creó un grupo focal, que se reunió en cuatro ocasiones de manera interactiva a través de las redes sociales. Todas las referencias seleccionadas fueron evaluadas por pares, y en caso de desacuerdo otra persona del equipo de investigación ajena al grupo focal se encargaba de dirimir el desempate.

Se tuvieron en cuenta recomendaciones procedentes de todo tipo de estudios de investigación y publicaciones que aportaban algún nivel de evidencia a las distintas recomendaciones.

Se utilizó como niveles de evidencia los distintos grados de Recomendación según *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*^[2] y la *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination*^[3], un sistema de clasificación de la solidez de las recomendaciones que dichas evidencias proporcionan. Para la clasificación de la calidad y fuerza de las recomendaciones se utilizó el sistema del *GRADE Working Group (Tabla 1)*.

Cada una de las recomendaciones seleccionadas irá acompañada de alguna de las letras A, B, C o D.; correspondientes al nivel de evidencia asignado por la clasificaciones citadas en este estudio.

Tabla 1: Distribución de los grados de Recomendación según Evidencia.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN DE EVIDENCIA	
A	Existe buena evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación. Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico aleatorio clasificados como 1++ y directamente aplicable a la población objetivo, o un cuerpo de evidencia constituido principalmente por estudios clasificados como 1+, directamente aplicables a la población objetivo, y que demuestren consistencia global de los resultados.
B	Existe moderada evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación. Un cuerpo de evidencia incluidos los estudios clasificados como 2++ coherencia global, directamente aplicable a la población objetivo, y la demostración de los resultados, o Evidencia extrapolada de estudios clasificados como 1++ o 1+.
C	Un cuerpo de evidencia incluidos los estudios clasificados como 2+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global de los resultados, o Evidencia extrapolada de estudios clasificados como 2++.
D	La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso. Evidencia de nivel 3 o 4, o evidencia extrapolada de estudios clasificados como 2+.

Resultados

T= CONTROL TEJIDO NO VIABLE

La presencia de tejido necrótico o comprometido es habitual en las heridas crónicas y su eliminación tiene muchos efectos beneficiosos. Se suprimen el tejido no vascularizado, las bacterias y las células que impiden el proceso de cicatrización (carga celular), obteniendo un medio que estimula la formación de tejido sano. La eliminación del tejido desvitalizado y/o necrosado modifica el ambiente de la herida favoreciendo su curación (C) y la acción que posibilita la retirada de este tipo de tejido es el desbridamiento^[6,7]: *Conjunto de mecanismos (fisiológicos o externos), dirigidos a la retirada de todos los tejidos y materiales no viables presentes en el lecho de la herida. Se debe realizar un desbridamiento inicial y otro de mantenimiento, por la carga de tejido necrótico y exudado que interfiere en la cicatrización*^[8]. Las recomendaciones basadas en la evidencia con respecto al desbridamiento se pueden ver en la tabla 2.

Tabla 2: Recomendaciones sobre Desbridamiento.

Recomendaciones sobre Desbridamiento	Evidencia
<p>La presencia de tejido desvitalizado o necrosado es un obstáculo para el proceso de cicatrización, ya que aumenta la probabilidad de infección y dificulta la cicatrización y la valoración del lecho de la úlcera. Para curar la úlcera es imprescindible eliminar el tejido desvitalizado y/o necrosado mediante el desbridamiento</p> <p>Eliminar el tejido desvitalizado y/o necrosado mediante el desbridamiento.</p>	<p>(C)^[9], (B o D)^[10]</p> <p>(C)^[9, 11, 12]</p>
<p>Las contraindicaciones para el desbridamiento incluyen tener la circulación vascular comprometida en el sitio de la úlcera, escara en talón estable, pacientes paliativos o pacientes en estado crítico inestable.</p> <p>En caso de pacientes inestables o en cuidados paliativos, no se indica el desbridamiento si no se aprecia edema, eritema, fluctuación o exudado. Monitorizar la evaluación de estas heridas a diario para valorar la necesidad de desbridamiento.</p>	<p>(C)^[13]</p> <p>(D)^[14]</p>
<p>Utilizar el desbridamiento con precaución cuando exista: inmunosupresión, compromiso vascular en extremidades o falta cobertura antibacteriana en la sépsis sistémica. Está contraindicado si el paciente tiene terapia anticoagulante o trastornos de la coagulación.</p>	<p>(C)^[15]</p>
<p>Limpieza y el desbridamiento minimizan la contaminación y mejoran la curación ya que eliminan los niveles altos de bacterias en heridas que contienen tejidos necróticos.</p> <p>Llevar a cabo la limpieza y el desbridamiento de manera correcta porque así se minimiza el riesgo de infección.</p>	<p>(A)^[16]</p> <p>(C)^[9]</p>
<p>Elegir un método de desbridamiento adecuado a la condición de lesión, condición individual y los objetivos de la atención.</p> <p>Seleccionar un método de desbridamiento en base a criterios clínicos.</p> <p>Actualmente, no existen evidencias que demuestren mayor eficacia de un sistema frente a otro.</p> <p>La elección del método de desbridamiento en un paciente con UPP deben hacerla profesionales sanitarios.</p>	<p>(A)^[13], (C)^[17]</p> <p>(D)^[14]</p> <p>(C)^[16]</p> <p>(D)^[9, 14]</p>
<p>La presencia de tejido necrosado obstaculiza la cicatrización y la valoración del lecho de la UPP. También aumenta la probabilidad de infección.</p> <p>La decisión del tratamiento quirúrgico de las UPP debe estar fundamentada en la valoración integral del paciente en la que participen todos los profesionales implicados en su cuidado y habiendo considerado el nivel de riesgo de la intervención quirúrgica y las preferencias del paciente.</p> <p>El desbridamiento quirúrgico, incluyendo desbridamiento quirúrgico conservador, está indicado para lograr la rápida eliminación del tejido necrótico. Si el desbridamiento es de grandes cantidades de tejido necrótico utilizar quirófano.</p> <p>El desbridamiento quirúrgico está indicado en presencia de celulitis avanzada, crepitación, fluctuación y/o sepsis secundaria a la infección relacionada con la úlcera grado III/IV.</p> <p>El desbridamiento cortante sólo debe ser llevado a cabo por profesionales debidamente capacitados.</p>	<p>(B)^[9, 11]</p> <p>(D)^[9]</p> <p>(C)^[13]</p> <p>(C)^[15]</p> <p>(D)^[14,18], (C)^[19]</p>

<p>Consulte con un profesional médico especialista la realización del desbridamiento cortante parcial en los individuos con alto riesgo de sangrado (con coagulopatías o consumo de anticoagulantes).</p>	(C) [19]
<p>El desbridamiento cortante es un método doloroso; por ello se aconseja la administración de analgesia tópica, oral y/o sistémica antes de realizar el procedimiento.</p>	(C) [9]
<p>Utilice el desbridamiento cortante total ante escaras gruesas, muy adherentes, tejido desvitalizado de lesiones extensas, profundas, muy exudativas, de localizaciones especiales y con signos de celulitis o sépsis.</p>	(C) [19]
<p>Use el desbridamiento cortante total en la retirada del biofilm bacteriano de la superficie de la herida.</p>	(A) [19]
<p>El desbridamiento autolítico es tan eficaz o más que el desbridamiento enzimático con colagenasa.</p>	(A) [13]
<p>El uso de colagenasa favorece el crecimiento del tejido de granulación.</p>	(C) [9]
<p>El desbridamiento autolítico está indicado en casos de material necrótico escaso o como mantenimiento.</p>	(B o C) [10]
<p>Proteja la piel periulceral cuando se realice un desbridamiento enzimático por el riesgo de maceración y escoriación y aumente el grado de humedad en la herida para potenciar su acción.</p>	(C) [19]
<p>El desbridamiento mecánico seco utilizando gasas se considera una práctica deficiente.</p>	(C) [13]
<p>Desbridar zonas con escaras y/o tejido desvitalizado para administrar la carga bacteriana.</p>	(C) [13]
<p>Utilizar instrumentos estériles para desbridar úlceras.</p>	(D) [14]
<p>Desbridamiento biológico de gusanos.</p>	(C) [13]
<p>Combine el desbridamiento con otros métodos contra el biofilm bacteriano para que la herida evolucione hacia la cicatrización.</p>	(B) [19]
<p>Aplicar medidas para controlar el dolor, generales o locales.</p>	(C) [7]
<p>Uso de analgésicos tópicos, como EMLA (lidocaína y prilocaína), crema o anestésicos cuando sea apropiado.</p>	(A) [13, 18, 20]
<p>En caso de placas necróticas situadas en talón, que no presenten edema, eritema, fluctuación o drenaje, puede no ser necesario su desbridamiento inmediato; precisando el seguimiento diario de la lesión y controlando la aparición de dichos signos.</p>	(C) [7, 16]
<p>Si la cantidad de tejido necrótico es alta, el método de elección por su rapidez es el desbridamiento quirúrgico con tijeras o bisturí. Una excepción puede ser la úlcera arterial.</p>	(B o C) [10]
<p>No utilice el desbridamiento quirúrgico en las placas necróticas secas en miembros inferiores con presencia de isquemia.</p>	(C) [19]
<p>En caso de escara en el talón o la nuca de origen isquémico, lo mejor es dejar la escara y no usar desbridamiento quirúrgico; será de elección el enzimático.</p>	(B o C) [10]
<p>No se debe desbridar si la escara está dura, seca y estable en miembros isquémicos.</p>	(C) [15]
<p>En caso de escaras muy secas, debemos incidir con bisturí las mismas para facilitar la penetración de la pomada.</p>	(B o C) [10]
<p>Desbridar las úlceras de talón con escara seca si presenta colección líquida por debajo (fluctuación o exudado).</p>	(C) [9, 11, 12]
<p>Si el lecho de la úlcera está seco, debemos aportar humedad extra, por ejemplo mediante el uso de hidrogeles.</p>	(B o C) [10]
<p>En las úlceras de grado III y IV tunelizadas con tejido extenso de necrosis donde no es efectivo el desbridamiento autolítico o enzimático, necesitan una evaluación quirúrgica.</p>	(C) [15]
<p>En caso de hemorragia, hacer compresión directa y aplicar apósitos de alginato, con cura seca durante las 24 horas siguientes, y controlar la presencia de sangrado significativo. Posteriormente continuar con la cura en ambiente húmedo.</p>	(C) [9]
<p>La anticipación del dolor al desbridamiento produce ansiedad y miedo en el paciente.</p>	(C) [9, 11]
<p>Los apósitos de miel no se recomiendan en el tratamiento habitual de pacientes con úlceras venosas de piernas.</p>	(B) [18]

I= CONTROL DE LA INFLAMACIÓN Y LA INFECCIÓN

La carga bacteriana es la concentración de gérmenes por gramo de tejido de la lesión. Se considera una carga bacteriana elevada si es superior a las 10^5 unidades formadoras de colonias por gramo de tejido [6]. La carga bacteriana de una herida puede encontrarse en cuatro fases diferentes: Contaminación, Colonización, Colonización crítica e Infección. Actuaremos siempre en caso de infección, a excepción de una colonización por *Staphylococcus Aureus* resistente a metilicina (SARM) [8]. Algunas recomendaciones basadas en la evidencia con respecto al control inflamación e infección se recogen en la tabla 3, las recomendaciones sobre la limpieza de la herida en la tabla 4, sobre el uso de antibióticos/antimicrobianos y antisépticos en la tabla 5, y las recomendaciones sobre otros tratamientos en la **Tabla 6**.

Tabla 3: Recomendaciones sobre el manejo de la infección.

Recomendaciones sobre el Manejo de la Infección	Evidencia
Evaluar la úlcera para detectar signos y síntomas de infección clínica en cada cambio de apósito.	(C) [13]
Tratar la infección de las lesiones.	(A) [17]
Está indicado tratar infecciones si presentan $> 10^5$ bacterias por campo.	(B) [10, 17]
Las lesiones sin signos clínicos de infección, pero con otros signos como: retraso del crecimiento, aumento del exudado, del dolor, decoloración... son sugerentes de colonización crítica y deberían ser tratadas como infectadas.	(C) [16], (B o C) [10]
Ante signos de infección local intensifique la limpieza y el desbridamiento.	(B) [19]
Si se sospecha de infección en la úlcera, o se sobreinfecta a pesar de las medidas preventivas y de tratamiento utilizadas, determinar el tipo y nivel de microorganismos mediante la validación cuantitativa de cultivo a través de hisopo.	(C) [13]
Deberán realizarse cultivos bacterianos, preferentemente mediante aspiración percutánea con aguja o biopsia tisular, evitando, ser posible, la recogida de exudado mediante frotis que puede detectar sólo contaminantes de superficie y, no en todo los casos, el microorganismo responsable de la infección.	(B) [16]
Si la lesión no responde al tratamiento local, deberán realizarse entonces, cultivos bacterianos, cualitativos y cuantitativos, preferentemente mediante aspiración percutánea con aguja o biopsia tisular (la recogida de exudado mediante frotis detecta solo contaminantes de superficie).	(C) [7]
Realizar cultivos bacterianos de tejidos blandos cuando la úlcera no responda a la terapia antibiótica local después de otras dos semanas de tratamiento.	(C) [9]
Si se sospecha una osteomielitis, obtener muestra de tejido y/o una biopsia de hueso.	(A) [8]
Utilizar instrumentos estériles.	(C) [15]
Proteger las lesiones de fuentes externas de contaminación, heces, orina, etc.	(C) [2, 3, 6-9, 15]
La contaminación bacteriana secundaria al contacto con heces propicia la infección de las UPP.	(B) [6]
Utilizar guantes nuevos para cada persona.	(C) [8]
Cuando existan úlceras múltiples, las curas comenzarán por las menos contaminadas para terminar por las más contaminadas.	(C) [16]
Aislar y retirar los apósitos sucios, las sustancias corporales y el material contaminado de cada paciente de acuerdo con las precauciones establecidas, para evitar contaminaciones cruzadas.	(C) [9]

Tabla 4: Recomendaciones sobre la limpieza de la herida.

Recomendaciones sobre la Limpieza de la Herida	Evidencia
Aplicar la técnica apropiada de limpieza y esterilidad según las normas y las precauciones universales para el manejo de la herida: lavado de manos, el equipo de protección, eliminación del apósito y el aislamiento como se indica.	(C) [13]
Limpiar la lesión inicialmente y en cada cambio de apósito.	(C) [7, 9, 13]
Limpiar todas las heridas en cada cambio de apósito, utilizando un método de limpieza para optimizar la eliminación de los desechos y prevenir los traumatismos.	(C) [13]
Llevar a cabo la limpieza y el desbridamiento de manera correcta porque así se minimiza el riesgo de infección.	(C) [9]
La limpieza y desbridamiento, son efectivos para el manejo de la carga bacteriana de lesiones contaminadas y/o infectadas. La asociación con apósitos de plata la hace aún más eficaz.	(A) [16]
Limpiar la lesión inicialmente y en cada cambio de apósito.	(C) [6, 9]
La limpieza también se puede realizar durante la hidroterapia.	(C) [13]
Para limpiar la úlcera hay que aplicar la presión suficiente en la irrigación.	(B) [9]
Evitar el trauma manual o lavado de la herida con fuerza.	(C) [13]
Ejercer una presión de lavado efectivo (entre 1-4 Kg / cm ²) para facilitar el arrastre de los detritos, bacterias y restos de curas anteriores pero, sin capacidad para producir traumatismos en el tejido sano.	(B) [7, 13]
Para el lavado de la herida utilizar una jeringa de 20mililitros (ml) con aguja de 0,9x 25ml ya que proporciona la fuerza suficiente para eliminar escaras, bacterias y otros restos.	(C) (B) [9, 15] [7, 10, 11, 13, 14]
Utilizar suero fisiológico como producto de elección para la limpieza de las UPP. La utilización de otros limpiadores cutáneos puede ser contraproducente para las UPP. Diversos estudios han demostrado que la mayoría de limpiadores de heridas se han de diluir para mantener la viabilidad celular y la función fagocitaria de los leucocitos. No limpiar la herida con antisépticos cutáneos ya que son citotóxicos para el tejido sano.	(C) [9, 11]
No utilizar antisépticos de manera rutinaria en la limpieza de lesiones crónicas.	(B) [19]
Como norma general limpiar las heridas con suero fisiológico, agua destilada o agua del grifo potable	(A) [19], (B) [7, 14, 16, 17]
Soluciones de limpieza de la herida pueden ser una solución salina normal, agua estéril, lactato de Ringer o agua del grifo.	(B) [13, 14]
Usar limpiadores seguros con agentes tensoactivos para el exudado abundante o material adherido.	(B) [13]
Considerar la utilización de soluciones limpiadoras con surfactantes o antimicrobianos cuando las lesiones tengan signos de colonización crítica/infección.	(C) [19]
Limpiar la úlcera y el perímetro de irrigación suficiente para el tamaño de la herida, la profundidad y condiciones (normalmente 100-150ml) a temperatura ambiente.	(C) [13, 14, 17]
Irrigar la herida con solución salina normal antes de obtener cultivos hisopados, hisopo de 1cm ² área de la herida viable, evitando escaras, superficie de exudado o bordes.	(C) [13]
La limpieza con gasa por arrastre o presión (técnica de swabbing) sobre el lecho de la herida redistribuye las bacterias y puede causar lesiones en el nuevo tejido de granulación y de epitelización, así como dejar fibras en el lecho de la herida.	(B) [15]
Usar la mínima fuerza mecánica para la limpieza de la lesión, así como para su secado posterior.	(C) [7]
La fricción con materiales rugosos (como gasa y esponjas) provoca pequeños traumatismos en el lecho de las úlceras, que incrementan el riesgo de infección e interfieren en la curación.	(B) [9, 11]
No hay pruebas convincentes de que la limpieza de las UPP o la limpieza con una solución en especial, ayuden a la cicatrización.	[21]

Tabla 5: Recomendaciones sobre el uso de antibióticos/antimicrobianos y antisépticos.

Recomendaciones sobre el Uso de Antibióticos y Antimicrobianos/Antisépticos	Evidencia
<p>No se utilizarán en las heridas antisépticos locales (povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético, solución de hipoclorito...) todos son productos de reconocida toxicidad y agresividad con los granulocitos, monocitos, fibroblastos y el tejido de granulación y en algunos casos su uso continuado puede provocar problemas sistémicos por su absorción en el organismo [7].</p> <p>Los antisépticos no deben de utilizarse de manera rutinaria en la limpieza de lesiones crónicas.</p> <p>Evitar los antisépticos tópicos o cito tóxicos.</p> <p>La utilización de povidona yodada 10% puede retrasar la cicatrización, provocar dermatitis de contacto y alteraciones sistémicas debidas a su absorción.</p> <p>Uso tópico de soluciones de limpieza de los antimicrobianos, apósitos, geles, ungüentos, cremas y preparaciones acuosas eficaces contra bacterias gram-negativas, los organismos gran-positivos y anaerobios, por ejemplo, con la liberación segura y sostenida de la plata iónica, el yodo u otros agentes.</p> <p>En herida que va a ser sometida a desbridamiento cortante, está indicado utilizar antisépticos por la posibilidad de bacteriemia transitoria durante el proceso de desbridamiento.</p> <p>Los antisépticos cutáneos son citotóxicos para el tejido sano y pueden retardar la cicatrización, provocar dermatitis de contacto y alteraciones sistémicas debido a su absorción.</p> <p>Se aconseja no usar antisépticos locales para reducir el nivel de bacterias de la herida.</p> <p>Use dextranómeros con antisépticos de liberación lenta en úlceras muy exudativas y con signos de infección.</p> <p>-Solamente el metronidazol tópico en forma de gel ha demostrado eficacia en la curación de úlceras colonizadas por anaerobios.</p>	<p>(C) [14] (B) [15]</p> <p>(C) [14, 16]</p> <p>(B) [13, 14]</p> <p>(C) [9, 13]</p> <p>(C) [13]</p> <p>(C) [7]</p> <p>(B) [9, 11]</p> <p>(B) [9]</p> <p>(B) [19]</p> <p>(B) [9]</p>
<p>Si transcurrido un plazo entre 2 y 4 semanas, la úlcera no evoluciona favorablemente o continua con signos de infección local, habiendo descartado la presencia de osteomielitis, celulitis o septicemia, deberá ponerse tratamiento durante un periodo máximo de dos semanas.</p> <p>Poner plata iónica que reduce la carga bacteriana o un antibiótico local con efectividad contra los microorganismos más frecuentes (sulfadiazina argéntica, ácido fusídico...) en úlceras limpias que no curan o continúan produciendo exudado después de 2 a 4 semanas de cuidados óptimos.</p> <p>Los antibióticos sistémicos no son necesarios en las lesiones con signos clínicos únicamente de infección local.</p> <p>Se recomienda el uso de antibióticos sistémicos cuando existe diseminación de la infección (celulitis, sepsis, etc.).</p> <p>La prevención de la infección mediante uso de antibióticos sistémicos con carácter profiláctico no parece una medida recomendada. Existen buenas evidencias de que su uso no tiene una utilidad manifiesta, al menos, usados de manera sistemática.</p> <p>Se aconseja no usar antibióticos tópicos para reducir el nivel de bacterias. Con el uso de antibióticos tópicos hay riesgo de producir resistencias y sensibilizaciones.</p> <p>Con el uso de antibióticos tópicos hay riesgo de producir resistencia y sensibilizaciones.</p> <p>No usar antibióticos tópicos para reducir la carga bacteriana.</p> <p>No existen evidencias que justifiquen la utilización sistemática de antisépticos tópicos en heridas infectadas.</p> <p>A los pacientes de quienes se sospecha que padecen celulitis, osteomielitis o bacteriemia hay que tratarlos con antibióticos sistémicos de forma empírica, habiendo hecho antes un cultivo, según la entidad clínica causante, los posibles gérmenes responsables y las guías clínicas actualizadas de terapéutica antimicrobiana.</p> <p>Utilizar antibióticos sistémicos específicos según antibiograma realizado en caso de sepsis por bacteriemia, osteomielitis o celulitis.</p> <p>Con los estudios disponibles hasta ahora, el papel de los antimicrobianos en el tratamiento de las UPP no está claro. Los estudios son pequeños y de baja calidad metodológica. Sin embargo, se recomienda usar antibióticos sistémicos si aparecen signos sistémicos y clínicos de infección en pacientes con UPP.</p>	<p>(C) [7, 13, 14]</p> <p>(A) [16, 22]</p> <p>(C) [9, 18]</p> <p>(A) [16]</p> <p>(A) [16]</p> <p>(C) [9]</p> <p>(B) [9, 11]</p> <p>(C) [9, 11]</p> <p>(C) [7]</p> <p>(C) [9, 16]</p> <p>(A) [13]</p> <p>(D) [9]</p>

Tabla 6: Recomendaciones sobre otros tratamientos.

Recomendaciones sobre Otros Tratamientos	Evidencia
No hay evidencias suficientes para decidir qué apósitos son los más efectivos. Sin embargo, se recomienda crear un ambiente óptimo utilizando los apósitos modernos (hidrocoloides, poliuretanos, hidrogeles, alginatos, entre otros), eligiéndolos según la disponibilidad de recursos, el estadio y la morfología de la úlcera y si hay o no hay infección o necrosis.	(D) ^[9]
Hidratar las úlceras secas, por ejemplo, con apósitos de hidrogel, excepto en el caso de una escara talón isquémica estable.	(A), (C) ^[13]
Una vez resuelta la colonización crítica o la infección cambiar a productos específicos para la fase de granulación.	(C) ^[16]
Los tratamientos biológicos o los factores de crecimiento, no deben utilizarse en caso de infección de la herida.	(C) ^[17]
El desbridamiento, el cadexómero yodado, la lactoferrina en gel, los apósitos con plata, la terapia de presión negativa e incluso la miel tienen actividad contra los biofilms.	(B o C) ^[10]
Usar apósitos con plata o cadexómeros iodados como opción a la utilización de antibióticos locales.	(A) ^[19]
Los apósitos de plata tienen un efecto antimicrobiano mayor que los apósitos de alginato. Los dos apósitos son semejantes en cuanto a reducción de la infección local, tolerancia local, aceptabilidad y utilidad.	(A) ^[23]
Los apósitos de plata producen una cicatrización más rápida en las dos primeras semanas de tratamiento y en las heridas de mayor tamaño y más antiguas.	(A) ^[24]
-Los apósitos de plata disminuyen significativamente la infección, y ayudan a disminuir el dolor.	(A) ^[25]
-Utilizar la estimulación eléctrica en el tratamiento de úlceras tórpidas de categoría II, así como en UPP categoría III y IV.	(A) ^[19]
Considerar el uso de oxígeno hiperbárico para el tratamiento de UPP de categoría III y IV.	(D) ^[19]
Considerar el uso de Terapia de Presión Negativa para el tratamiento rápido de UPP profundas, categoría III y IV.	(B) ^[19]

M= CONTROL DEL EXUDADO

Una humedad excesiva provoca maceración de la herida y su escasez implica tener un lecho seco y retraso en la cicatrización. Necesitamos controlar el exudado de forma dinámica, manteniendo un ambiente óptimo, que se adapte al medio, y sea coste-efectivo. El exudado está influido por un amplio espectro de factores locales y sistémicos. Nuestro objetivo durante el proceso de cicatrización será mantener unos niveles óptimos de humedad en la herida y evitar la maceración de la piel perilesional. La principal opción para manejar el exudado en el tratamiento local de las heridas son los apósitos^[6], los cuales deben ser eficaces frente a las fugas de exudado. Entre las recomendaciones basadas en la evidencia con respecto al control del exudado podemos encontrar las siguientes en la tabla 7 (página siguiente).

Tabla 7: Recomendaciones sobre el Control del Exudado.

Recomendaciones sobre el Control del Exudado	Evidencia
<p>La valoración del mismo se realiza mediante el examen de su color, consistencia, olor y cantidad.</p> <p>No hay diferencias en la efectividad clínica (cicatrización) entre productos de tratamiento para la cura en ambiente húmedo, por tanto para su selección considere otros elementos como: el tipo de tejido, el exudado, la localización, la piel perilesional y el tiempo del cuidador.</p> <p>Elegir el apósito más adecuado compatible con los principios de la atención de la úlcera, las necesidades del paciente, el estado de la úlcera individuales, el costo/disponibilidad y la capacidad de los cuidadores.</p> <p>Utilice apósitos que gestionen adecuadamente el exudado, principalmente de absorción vertical, ajustando la frecuencia de las curas, en función de las características del lecho de la herida y de la piel perilesional.</p> <p>Escoja el producto a utilizar en la cura en ambiente húmedo en función de la clase de tejido, características del exudado, localización de la presión, piel perilesional de la herida y el tiempo disponible del cuidador.</p> <p>Evite el uso de gasa como principal tratamiento. Se retrasa la curación, el dolor y las tasas de infección aumentan, y la frecuencia de cambio de apósito, y no es rentable.</p>	<p>(C) [19]</p> <p>(A) [16, 17]</p> <p>(A) [13, 17]</p> <p>(D) [19]</p> <p>(B) [19]</p> <p>(A) [13]</p>
<p>Existen evidencias clínicas que avalan el uso de apósitos basados en la cura de ambiente húmedo en relación costo-beneficio frente a la cura seca.</p> <p>Utilice la cura en ambiente húmedo ya que los materiales empleados han demostrado una mejor reparación de la integridad cutánea que el tratamiento en ambiente seco (cura con gasas), además de ser más costo-efectivos y gestionar mejor el exudado.</p> <p>Gestionar el exceso de drenaje de la úlcera con apósitos absorbentes.</p> <p>Se recomiendan apósitos no adherentes en el tratamiento de las úlceras venosas de las piernas.</p> <p>Use hidrogeles de estructura amorfa, apósitos oclusivos o semioclusivos en heridas no exudativas y con tejido necrótico seco, para favorecer la humectación del mismo y poder proceder al desbridamiento cortante parcial.</p> <p>Utilice los alginatos y las hidrofibras en el interior de la herida, ya que tienen gran capacidad de absorción de exudado.</p> <p>Utilice apósitos de espuma de poliuretano (hidrocelulares o hidropoliméricos) como apósito secundario, ya que se ha demostrado que poseen una mayor capacidad de absorción que los apósitos hidrocoloides (baja absorción).</p> <p>Los apósitos de plata no se recomienda en el tratamiento habitual de los pacientes con úlceras venosas de las piernas.</p> <p>Las lesiones en estadio profundas, tunelizadas o cavitadas deben ser rellenadas para que no cierren en falso o se abscesifiquen.</p> <p>Usar vendaje de alta compresión multicapa rutinariamente para el tratamiento de las úlceras venosas de las piernas.</p> <p>Considere el uso de apósitos moduladores de proteasas para el tratamiento de úlceras tórpidas.</p> <p>Con un apósito lo suficientemente absorbente podemos dejar la cura 2-3 días antes de cambiarla.</p> <p>Debemos escoger un apósito que retenga parte del exudado en el lecho de la úlcera, pero evitando que el borde de la misma se macere.</p> <p>Efectividad de hidrogel en la tasa de curación de las úlceras del pie diabético.</p> <p>Se producen menos complicaciones cuando se utiliza hidrogel.</p>	<p>(B) [7, 9]</p> <p>(A) [19] (C) [7, 19]</p> <p>(B) [13]</p> <p>(A) [18]</p> <p>(B) [19]</p> <p>(B) [19]</p> <p>(A) [18]</p> <p>(D) [13, 16]</p> <p>(A) [18]</p> <p>(B) [19]</p> <p>(B) [10]</p> <p>(A, B) [10]</p> <p>(A) [20]</p> <p>(A) [20]</p>

E= ESTIMULACIÓN DE LOS BORDES EPITELIALES

La cicatrización ocurre de los bordes hacia el centro de la herida, por migración celular. Debemos utilizar productos que aceleren la cicatrización mediante procesos biológicos, que favorezcan la formación de tejido de granulación y epitelización de los bordes de la herida. A continuación, algunas recomendaciones respecto a la estimulación de bordes epiteliales y cicatrización se recogen en la tabla 8.

Tabla 8: Recomendaciones sobre la estimulación de los bordes epiteliales.

Recomendaciones sobre la Estimulación de los Bordes Epiteliales	Evidencia
El borde de la úlcera debe encontrarse en condiciones óptimas para la cicatrización. Esto incluye evitar que se macere usando una pasta al agua en el borde de las úlceras muy exudativas, desbridar los bordes de la misma en caso de que estén esclerosados, de manera que introducimos una herida aguda en una crónica de cara a acelerar la cicatrización.	(B) [10]
Mantener bordes de la úlcera limpios y secos.	(B) [9]
Elija un apósito que mantenga la cura en ambiente húmedo.	(A) [19]
Utilice la mínima fuerza mecánica para la limpieza de la herida y secado de toda el área perilesional.	(D) [16, 26]
Aplique un producto barrera (pomada o película) para mantener la piel perilesional sana evitando la maceración.	(B) [19]
Secar sólo la zona perilesional para no lesionar la zona de granulación y dejar húmedo el lecho de la úlcera, con el fin de evitar traumatismos por fricción en esa zona.	(C) [9]
Si apreciamos una dermatitis en la piel de alrededor deberemos pautar un corticoide tópico.	(B) [10]
Utilice cremas o pomadas de hidrocortisona ante la presencia de eczema húmedo o seco.	(B) [12]
Seleccionar y aplicar vendaje apropiado para proteger la lesión y la piel circundante de la fricción, cizallamiento, presión y trauma físico o químico y de gestionar el exudado y evitar que se seque la úlcera, herida o maceración.	(A) [13]
Retire el producto barrera de óxido de zinc con productos de base oleosa antes de aplicarlas de nuevo.	(D) [19]

Respecto a la cicatrización de las úlceras y heridas crónicas, nuevos estudios muestran recomendaciones basadas en la evidencia a seguir o, por otro lado, la falta de la misma:

- No hay pruebas sólidas para indicar si la terapia electromagnética ayuda u obstaculiza la cicatrización de estas úlceras^[27].
- El tratamiento con oxígeno hiperbárico parece mejorar las posibilidades de cicatrización de las úlceras del pie relacionadas con la diabetes y puede reducir el número de amputaciones mayores en los pacientes con diabetes que presentan úlceras crónicas del pie. Además, este tratamiento puede reducir el tamaño de las úlceras causadas por enfermedad de las venas en miembros inferiores^[28].
- El plasma rico en plaquetas autólogo es un tratamiento que podría cicatrizar las heridas ya que contiene fibrina y elevadas concentraciones de factores de crecimiento que estarían involucrados en la cicatrización (A)^[29].
- La miel administrada junto con la compresión no mejora la cicatrización de las úlceras venosas de las piernas. La miel podría retrasar la cicatrización de las quemaduras profundas y las úlceras causadas por picaduras de insectos (leishmaniosis cutánea)^[30].

Discusión:

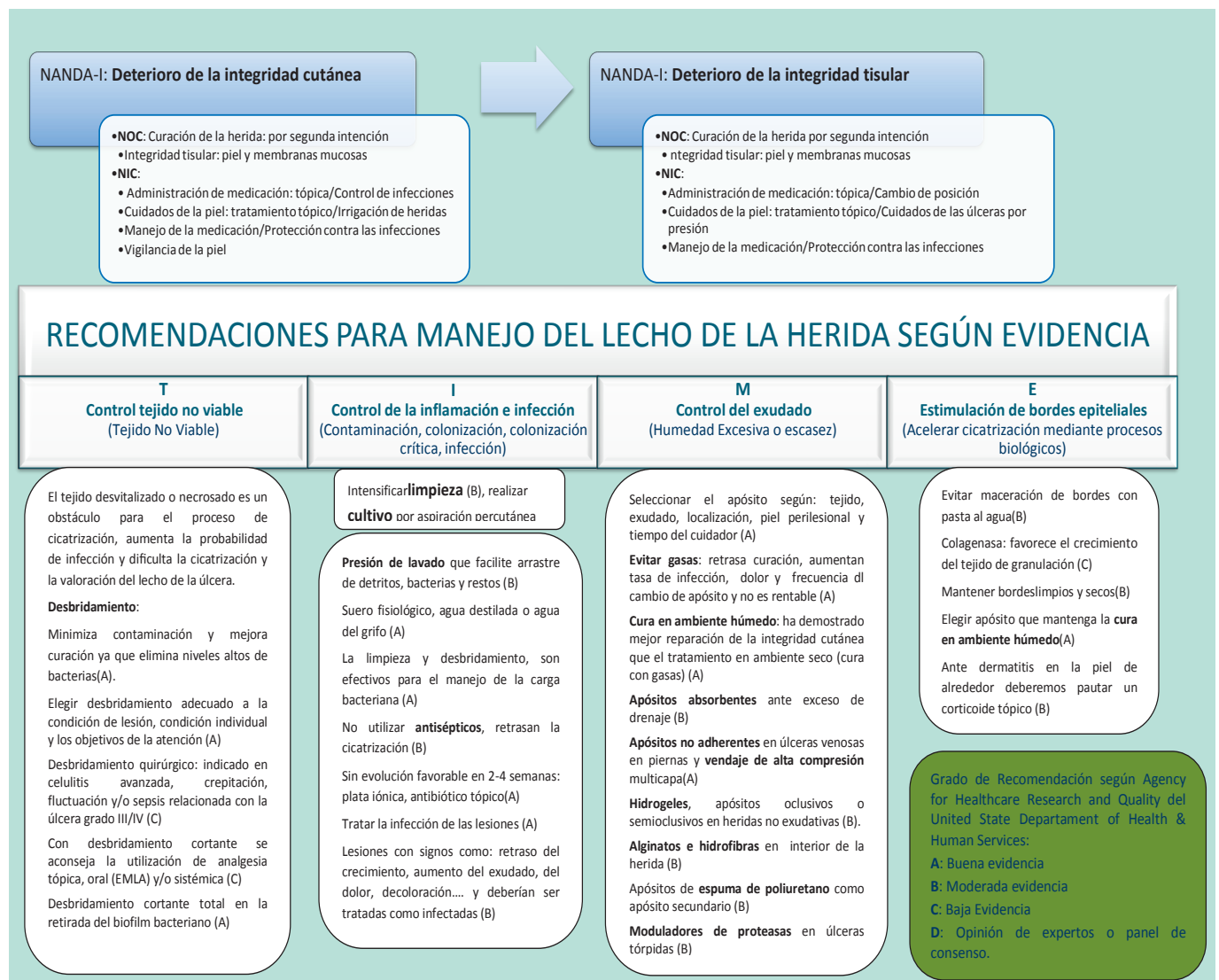
Los profesionales de Enfermería debemos buscar la excelencia en los cuidados y para ello es imprescindible implementar en nuestro trabajo diario protocolos de actuación, manuales de procedimientos y guías clínicas actualizadas y respaldadas por una sólida base científica. Para poder mejorar la eficacia de nuestra práctica diaria, los profesio-

nales de enfermería deben hacer uso de la enfermería basada en la evidencia (EBE), por eso es muy importante la actualización en materia de cura de heridas y UPP y conocimiento e implementación de las recomendaciones existentes.

Hemos diseñado un algoritmo de actuación, eminentemente práctico y rápido para su uso en el día a día en cualquier unidad o centro sanitario, incluso en el domicilio del paciente (ANEXO 1). Gracias a los datos obtenidos en la valoración enfermera, podremos identificar aquellos problemas que forman la base del plan de cuidados (PAE). Aunque dentro del PAE deben tenerse en cuenta todos los posibles diagnósticos relacionados con cada paciente^[5], en este artículo sólo se tendrán en cuenta aquellos relacionados directamente con las úlceras ya acontecidas: Deterioro de la Integridad cutánea y deterioro de la integridad tisular. Una vez identificado el diagnóstico^[31] del paciente, se elegirán los criterios de resultado a conseguir según la *Nursing Outcome Classification* (NOC)^[32]. Nos gustaría destacar para cualquiera de los dos diagnósticos señalados los siguientes: Curación de la herida: por segunda intención o Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Para una mayor comprensión del plan, se ha elaborado I, que añade las intervenciones enfermeras según la *Nursing Intervention Classification* (NIC) relacionadas con los anteriores diagnósticos y sus respectivos criterios de resultados^[33]; aquellos que la enfermera, el paciente y su familia deben realizar para la consecución de los objetivos planteados^[34] (ver imagen). Como este proceso es cíclico y puede cambiar en cualquier momento, nos permitirá evaluar los cuidados que se ofrecen.

En definitiva, entre todos, debemos construir un marco donde se unan la evidencia y la práctica clínica en el manejo de las UPP usando un mismo lenguaje estandarizado, lo que contribuirá a la mejora de la efectividad, seguridad y calidad de la atención sanitaria.

Anexo I. Algoritmo TIME.



Bibliografía

1. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound Bed Preparation in Practice. London: MEP Ltd, 2004.
2. US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. 2ª ed. Washington: US Department of Health and Human Services; 1996.
3. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic health examination. *Can Med Assoc J.* 1979 Nov 3; 121(9):1193-254.
4. Montero Torres J, Lozano Piñero A. Un planteamiento Global en la Curación de heridas. *ENE, Revista de Enfermería.* 2009; 3 (2): 25-33.
5. Rumbo Prieto JM, Arantón Areosa L. Evidencias clínicas e intervenciones NIC para el cuidado de úlceras por presión. *Enferm Dermatol* 2010;3(9):13-19 [Internet]. [Citado 23.9.13]: Disponible en: <http://www.anedidic.com/wp-content/uploads/2013/02/ENFERMERIA-DERMATOLOGICA-15.pdf>
6. Allué Gracia MA, Ballabriga Escuer MS, Clerencia Sierra M, Gallego Domeque L, García Espot A, Moya Porté MT. Heridas crónicas: Un abordaje integral. 1era ed. Huesca: Colegio de enfermería de Huesca; 2012.
7. Girón Jorcano G, Andreu Villanueva P, Cuello Arazo T, Fernández Mur AC, Laita Zarca MC, Marco Navarro MJ, et al. Guía clínica: Prevención y tratamiento de las lesiones por presión. Zaragoza: HCU Lozano Blesa, 2009.
8. Verdú J, Torra i Bou JE, Blanco J, Ballesté J, Jiménez García JM. Aplicación del concepto TIME en la atención de heridas crónicas. *Rev ROL Enf* 2007; 30(1): 30-1.
9. Govern de les Illes Balears. Conserjería de Sanidad y consumo. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Mallorca: Govern de les Illes Balears, 2007.
10. Velasco M. Aspectos diagnósticos y terapéuticos de las úlceras de las piernas. *Actas Dermosifiliogr.* 2011; 102 (10): 780-90.
11. Instituto mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica. Prevención y tratamiento de úlceras por presión en primer nivel de atención. México. IMSS, 2009.
12. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat. Guía de práctica clínica de enfermería. Prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. 2008.
13. Association for the Advancement of Wound Care (AAWC). Association for the Advancement of Wound Care guideline of pressure ulcer guidelines. Malvern (PA): Association for the Advancement of Wound Care (AAWC); 2010. 14 p.
14. Registered Nurses' Association of Ontario. Assessment and Management of Stage I to IV Pressure Ulcers (Revised). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario; 2007.
15. Dirección de Enfermería, Unidad de Docencia, Calidad e Investigación de Enfermería. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Cura y cuidados de pacientes con úlceras por presión. Córdoba: Hospital Universitario Reina Sofía; 2003.
16. Servicio Andaluz de Salud. Conserjería de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. SAS; 2007.
17. Registered Nurses Association of Ontario. Assessment and Management of Venous Leg Ulcers. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario; 2004.
18. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic venous leg ulcers. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2010 Aug. 44 p.
19. Avilés Martínez MJ, Sánchez Lorente MM, Alepuz Vidal L, Benítez Martínez JC, Casaña Granel J, Clement Ibemón J, et al. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2012. [Citado 23.9.13]. Disponible en: http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/GPC_UPP_completa_def.pdf
20. Brolmann FE, Ubbink DT, Nelson EA, Munte K, van der Horst CMAM, Vermeulen H. Evidence-based decisions for local and systemic wound care. *British Journal of surgery.* 2012; 99: 1172-83.
21. Moore ZEH, Cowman S. Wound cleansing for pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 3. Art. No.: CD004983. DOI: 10.1002/14651858.CD004983.pub3.
22. Villarejo Aguilar L, Martínez Castro F. Revisión sobre la evidencia científica actual en el uso de apósitos de plata para el tratamiento de la infección en úlceras y heridas crónicas. *Parainfo digital*; 2013. [Citado 23.9.13]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/pdf/048d.pdf>
23. Trial C, Darbas H, Lavigne J-P, et al. Assessment of the antimicrobial effectiveness of a new silver alginate wound dressing: a RCT. *J Wound Care.* 2010; 19(1):20-26.
24. Miller CN, Newall N, Kapp SE, Lewin G, Karimi L, Carville K, Gliddon T, Santamaria NM. A randomized-controlled trial comparing cadexomer iodine and nanocrystalline silver on the healing of leg ulcers. *Wound Repair Regen.* 2010 Jul-Aug; 18(4):359-367.
25. Lo S-F, Hayter M, Chang C-J, et al. A systematic review of silver-releasing dressings in the management of infected chronic wounds. *J Clin Nurs.* 2008; 17:1973-1985.
26. Blasco Gil S. Guía Clínica para la Prevención y el Tratamiento de las úlceras por Presión. Teruel: Hospital Comarcal de Alcañiz; 2007.
27. Aziz Z, Flemming K. Electromagnetic therapy for treating pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 12. Art. No.: CD002930. DOI: 10.1002/14651858.CD002930.pub5.
28. Kranke P, Bennett MH, Martyn-St James M, Schnabel A, Debus SE. Hyperbaric oxygen therapy for chronic wounds. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 4. Art. No.: CD004123. DOI: 10.1002/14651858.CD004123.pub3.
29. Martínez-Zapata MJ, Martí-Carvajal AJ, Solà I, Expósito JA, Bolívar I, Rodríguez L, García J. Autologous platelet-rich plasma for treating chronic wounds. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10. Art. No.: CD006899. DOI: 10.1002/14651858.CD006899.pub2.
30. Jull AB, Walker N, Deshpande S. Honey as a topical treatment for wounds. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 2. Art. No.: CD005083. DOI: 10.1002/14651858.CD005083.pub3.
31. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014. Madrid: Ediciones Elsevier, 2011.
32. Morrhead S, Johnson M, Mass M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (CRE). 4a ed. Madrid: Mosby, 2009.
33. McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 5a ed. Madrid: Mosby, 2009.
34. Ackley BJ, Ladwing GB. Proceso enfermero, diagnóstico de enfermería y enfermería basada en la evidencia. En: Ackley BJ, Ladwing GB (eds.). Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de cuidados. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2007. p. 2-15.

Grado de conocimiento de enfermería de atención primaria sobre la cura en ambiente húmedo y el uso de apósitos.

Autores:

Prieto Martín, V.⁽¹⁾, Pesado Cartelle, J.A.⁽²⁾, Delgado Fernández, R.⁽³⁾

(1). Graduada en Enfermería.

(2). Supervisor de Área de Calidad. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol.

(3). Enfermero responsable de la Consulta de Cura en Ambiente Húmedo. XXI de Ferrol.

(*) Este trabajo forma parte del trabajo fin de grado de Virginia Prieto Martín

Contacto: virginiaprietomartin@gmail.com

Resumen

Objetivo: Evaluar el grado de conocimiento enfermero en Atención Primaria de la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol acerca de la Cura en Ambiente Húmedo (CAH) y de la utilización de los productos que integran el catálogo del Servicio Galego de Saúde para la realización de la misma.

Metodología: Estudio observacional descriptivo. La recogida de datos se efectuó mediante un cuestionario *ad hoc* estructurado. Análisis estadístico de cálculos descriptivos e inferencial mediante SPSS.

Resultados: El 66% de los profesionales han demostrado un conocimiento alto sobre las recomendaciones de Cura en Ambiente Húmedo y el uso de apósitos para la misma; el 30% un grado de conocimiento medio, y un 4% restante poseía un conocimiento bajo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en función del lugar dónde desarrollan la labor los profesionales positiva hacia los que trabajaban en consultas de Atención Primaria. Hubo menor conocimiento entre los profesionales que no tienen contrato fijo y <10 años de experiencia laboral.

Conclusiones: El nivel de conocimiento, sobre la CAH y la utilización de apósitos para la misma, puede ser considerado como alto-medio, así lo corroboraron el 96% de los encuestados. El perfil ideal se correspondió con el de un profesional de enfermería de consultas de Atención Primaria, con contrato fijo y >10 años de experiencia laboral. En conclusión, parece necesario seguir formando y motivando a los profesionales con menos experiencia y perseverar en intervenciones formativas para integrar las recomendaciones basadas en evidencias sobre el tratamiento de heridas crónicas.

Palabras clave: Conocimiento, Atención Primaria, Apósitos, Cura en Ambiente Húmedo, Enfermería.

DEGREE OF KNOWLEDGE OF NURSING IN PRIMARY HEALTH CARE ON THE CURE IN WET ENVIRONMENT AND THE USE OF DRESSINGS

Abstract

Objective: To assess the degree of nursing knowledge in Primary Care of the Management Integrated of Ferrol about the Cure in Wet Environment (CWE) and the use of the products that integrates the catalog Galician Health Service for the realization of the same.

Methodology: Descriptive observational study. Data collection was performed by using a structured questionnaire *ad hoc*. Statistical analysis of descriptive and inferential calculations using SPSS.

Results: 66% of the health care professionals have demonstrated a high knowledge on the recommendations of a cure in wet environment and the use of dressings for the same; the 30% a medium degree of knowledge, and a remaining 4% had knowledge under. It found no statistically significant differences ($p < 0.05$) depending on the place where they carry out the work the professionals being the positive association toward who worked in consultations in Primary Care. There is less knowledge among the professionals that do not have fixed-term contract and <10 years of work experience.

Conclusions: The level of knowledge, on the CWE and the use of dressings for the same, can be considered as high-medium, as well as confirmed by the 96% of the respondents. The ideal profile corresponded with that of a nursing professional consultation of CPC, with fixed contract and >10 years of work experience. In conclusion, it seems to be necessary to continue educating and motivating the professionals with less experience and persevere in formative tasks to integrate the recommendations based on evidence on the treatment of chronic wounds.

Key Words: Knowledge, Primary Care, Dressings, Cure in Wet Environment, Nursing.

Introducción

El padecimiento de heridas crónicas (HC) en nuestra sociedad representa, más que nunca, un grave problema sociosanitario¹. Repercute directamente sobre la seguridad y la salud física y psíquica de aquellos que la padecen y sus familias² y lo hace también, de una manera impactante, en el coste económico, pues el tratamiento de estas heridas representa el 5% del gasto sanitario anual en España, lo que se traduce en más de 400 millones de €³.

La seguridad de los pacientes se ve afectada, por lo que la preocupación por mejorarla está reflejada en las iniciativas de diferentes organizaciones que desarrollaron estrategias, entre las que destacan la de la Organización Mundial de la Salud (OMS) "La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente"⁴, la Estrategia SERGAS 2014⁵, o El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo⁶.

La falta de prevención y por consiguiente la aparición y cronicidad de estas heridas pone en peligro la vida de las personas. En numerosas ocasiones, sus complicaciones y efectos adversos tienen como resultado la muerte⁷. Hablamos, de una epidemia silente⁸, o "Una epidemia bajo las sábanas"⁹, que se pierde en la historia y que durante siglos y hasta hace poco, fue considerada por la sociedad como un proceso normal e inevitable¹⁰ cuando, en realidad, hay evidencia que nos dice que hasta el 95% de estas lesiones son evitables con una correcta prevención⁹.

El interés de los profesionales por alcanzar el éxito en la prevención y curación de HC ha ido en aumento con el paso de los años¹⁰. En 1962 Winter G., tras sus estudios y experimentos con animales, expone en sus postulados que consiguiendo un ambiente húmedo en las lesiones, estas cicatrizan dos veces más rápido¹¹. Desde este momento se generan múltiples investigaciones dirigidas a apósitos para CAH¹², destacando las de Turner, T.D.¹³, Thomas, S.¹⁴ o Bennett, G.¹⁵.

Sobre la mejor práctica basada en la evidencia científica de utilización de productos de CAH, así como la de la prevención, existen numerosas Guías Clínicas y de recomendación. Además, existen asociaciones e instituciones que se encargan de organizar dicha literatura, unificar y consensuar evidencias y difundirlas, como son el Grupo Nacional para el Estudio de Asesoramiento en Úlceras por presión y Heridas

Crónicas (GNEAUPP), la *Agency for Healthcare Quality and Research* (AHQR), o *European Pressure Ulcers Advisory Panel* (EUAP).

En los estudios de Hernández Ortiz, J. Á., 2009¹⁶, Pancorbo Hidalgo, P. L. *et ál.*, 2007¹⁷, y Quesada Ramos, C. y García Díez, R., 2008¹⁸, los autores concluyen, tras el análisis de los resultados, que tanto el conocimiento como la puesta en práctica en los distintos niveles asistenciales, de dichas recomendaciones para la correcta utilización del material de tratamiento, se alejan de la suficiencia.

La importancia de las HC no se centra únicamente en la calidad de vida del paciente, coste económico o en aspectos jurídicos, sino que su incidencia ha sido declarada por la OMS como un importante indicador para evaluar la calidad de los cuidados que ofrece la Enfermería¹⁹.

Como base para la justificación de este estudio, es importante señalar que en nuestro país, 90.000 personas padecen al menos una úlcera crónica y el 49,8% de estos son atendidos por una/un enfermera/o en una consulta de AP²⁰. En el estudio de Soldevilla *et ál.*, 2007²⁰ se refleja que de los más de 460 millones de euros que España desembolsa al año (5% del gasto sanitario anual) para el tratamiento de HC, el nivel asistencial de Atención Primaria (AP), aun cuando atiende a la mitad de los pacientes con esta patología, supone el 22,7% del total, frente a un 26,2% que corresponde a Hospitales y un 51,1% a Centros Sociosanitarios²⁰.

El impacto económico que supone para el Servicio Galego de Saúde (SERGAS) se traduce en el presupuesto de 25.209.162,26 millones de euros para dos años²¹. En el año 2012, a nivel de la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol (XXIF), existían 1320 pacientes que presentaban HC. Se estimó, en base a presupuestos anteriores, que el gasto en consumo de apósitos de CAH en la XXIF para el año 2013 sería de 900.000 € (*Fuente: Asesoría de Cura en Ambiente Húmedo de la XXIF*).

El presente estudio pretende evaluar el grado de conocimiento enfermero en Atención Primaria de la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol acerca de la Cura en Ambiente Húmedo (CAH) y de la utilización de los productos que integran el catálogo del Servicio Galego de Saúde para la realización de la misma.

Material y métodos

Estudio descriptivo de corte transversal, observacional y bivariado. Realizado entre noviembre de 2012 y junio de 2013 en los centros de atención primaria que forman la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol (23 Centros de Salud, 6 Consultorios y 8 Puntos de Atención Continuada).

Previamente, se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos relacionados con la temática de estudio, durante el período señalado en las siguientes bases de datos: Scopus, Medline, PubMed, CUIDEN, Cochrane, CiberINDEX, Fistera, así como en los metabuscadores: Mergullador y Bibliosaúde.

Para la estrategia de búsqueda se utilizaron los descriptores “Skin Ulcer”[Mesh] AND “Bandages, Hydrocolloid”[Mesh], “Wound Healing” OR “Occlusive dressings” [Mesh]. También se han empleado las siguientes palabras clave: “Health Knowledge, Attitudes, Practice,” “leg ulcer,” “diabetic foot,” “apósito,” “cura en ambiente húmedo,” “conocimiento enfermero,” “Atención Primaria,” “práctica clínica basada en la evidencia,” “Heridas”

La población diana estuvo formada por todos aquellos profesionales sanitarios (ATS/enfermeras/os diplomadas/os y/o graduadas/os) que durante el transcurso de este estudio estaban trabajando en una consulta de Atención Primaria (CAP) o en cualquier PAC (Punto de Atención Continuada) de la XXIF y que libremente consintieron para participar en la investigación, no existiendo ningún motivo ni criterio de exclusión.

La población finita fue de 156 profesionales de enfermería segregados de la siguiente forma: 11 Coordinadores de Servicio, 115 enfermeras/os de consulta de AP (CAP) y 30 Enfermeros/as de PAC²² Para conseguir una significancia estadística del 95%, con una precisión del 3%, teniendo en cuenta un porcentaje posible de pérdidas del 10%, la determinación del tamaño muestral concluyó que el número de profesionales que debía comportar la población a estudio sería de aproximadamente 98 participantes.

Como instrumento de para la recogida de los datos necesarios para el estudio, se descartó el único cuestionario validado relacionado con úlceras crónica de García Fernández *et ál*²³, por no resultar adecuado su uso en este estudio al estar enfocado únicamente al conocimiento en prevención de HC y no en el tratamiento tal y cómo sería necesario en este caso. Por ese motivo, se procedió por realizar un cuestionario de

conocimientos en CAH *ad hoc* teniendo en cuenta las Guías Clínicas existentes y los estudios encontrados en la revisión bibliográfica (ANEXO 1). Se realizó pilotaje del cuestionario en 10 enfermeras de atención hospitalaria, para evaluar comprensibilidad lectora y legibilidad del cuestionario.

Referente al catálogo de apósitos, en la Comunidad Autónoma de Galicia el catálogo de productos del Servicio Galego de Saúde (SERGAS) cuenta con 31 apósitos específicos para la CAH clasificados en 8 familias que agrupan los siguientes productos: Alginatos, Hidrogeles, Carbones, Espumas, Hidrocoloides, Mallas o Interfases, Apósitos de Plata y otros (Moduladores de las Metaloproteinasas y Apósitos con Carga Iónica)².

En una primera fase, se proceda al envío a través del correo electrónico del documento informativo previo, el consentimiento informado y el cuestionario de conocimientos a cumplimentar. Informando en cada correo electrónico a todos los participantes la forma correcta de rellenar los cuestionarios garantizando la confidencialidad de los datos y solventando cualquier duda que se pueda presentar. Posteriormente, se lleva a cabo la recogida de los documentos en la base del programa Google Drive®. Cada vez que un profesional enviaba su cuestionario con las respuestas a través de su correo electrónico, Google Drive automáticamente guardaba en su servidor, al que únicamente tenía acceso el equipo investigador, asegurando por lo tanto la confidencialidad y por otro lado el anonimato, pues no aparecía el remitente ni la etiqueta de dirección Internet Protocol correspondiente al ordenador desde el que se enviaba. También, se ha procedido a realizar trabajo de campo, acudiendo a los distintos Centros de Salud y PAC a fin de realizar la entrega de cuestionarios personalmente y mediante entrevista personal hasta alcanzar el tamaño muestral necesario.

El análisis estadístico realizado ha sido de tipo descriptivo observacional de corte transversal, bivariado e inferencial mediante el cálculo de frecuencias, porcentajes y medidas de dispersión. Se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis y el Test Exacto de Fisher con el fin de comparar variables dependientes e independientes y los distintos ítems del cuestionario. El nivel de significancia buscado fue para una $p < 0.05$.

Para la tabulación de datos y la realización de pruebas estadísticas y cálculos necesarios se utilizaron los siguientes aplicativos: Microsoft Office Excel 2007®, Statistical Package for the Social Sciences 20 (SPSS 20) y Epidat 4.0.

Resultados

Se obtuvieron 99 respuestas válidas, con lo que se alcanzó el tamaño muestral. El 39% de los participantes pertenecían a PAC y el 61% restante a CAP. Las frecuencias y los porcentajes de variables socio-demográficas referentes a los profesionales que participaron en el estudio se exponen en la **tabla 1**.

		Porcentajes	Población
Años de experiencia laboral	De 0 a 5 años	4%	4
	De 6 a 10 años	15%	15
	De 11 a 15 años	4%	4
	Más de 15 años	77%	76
Tipo de contrato actual	Fijo	77%	76
	Interino	4%	4
	Eventual	19%	19
Lugar dónde desarrolla su labor	Centro de Salud	87%	86
	PAC	13%	13

Tabla 1. Características cualitativas de la muestra de profesionales.

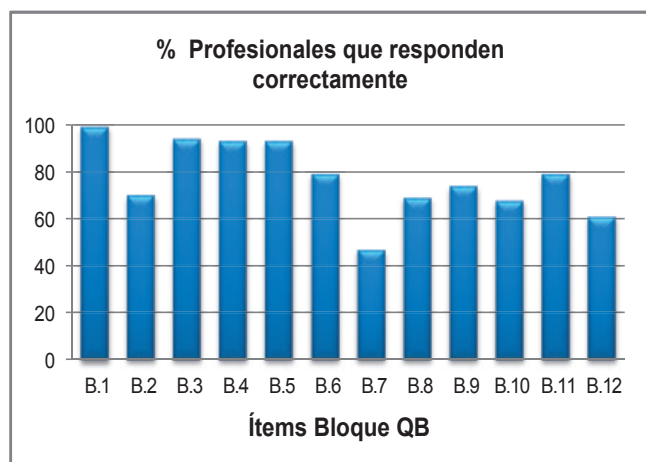


Fig.1. Resumen de respuestas correctas para el Bloque QB.

Referente a la respuesta de las preguntas del cuestionario “La cura en ambiente húmedo” (Bloque QB), se obtuvieron los siguientes porcentajes reflejados en el **Fig. 1**. Del análisis de la asociación entre los porcentajes de respuestas correctas y las variables independientes objeto de estudio en el bloque QB, se destacan diferencias entre los profesionales que desarrollan su labor en Centro de Salud y los que la desarrollan en los Puntos de Atención Continuada, a favor de los que desarrollan su labor en un Centro de Salud (**Tabla 2**).

No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas correctas del Bloque QB

Cuestionario B	Centro de Salud (n=86)				PAC (n=13)				Valor p
	Nº aciertos	% aciertos	IC95%		Nº aciertos	% aciertos	IC95%		
Ítem 1	85	98,8	93,7	100,0	13	100,0	-	-	1,000
Ítem 2	63	73,3	62,6	82,2	6	46,2	19,2	74,9	0,059
Ítem 3	80	93,0	85,4	97,4	13	100,0	-	-	1,000
Ítem 4	81	94,2	87,0	98,1	11	84,6	54,6	98,1	0,229
Ítem 5	79	91,9	83,9	96,7	13	100,0	-	-	0,589
Ítem 6	69	80,2	70,2	88,0	9	69,2	38,6	90,9	0,465
Ítem 7	41	47,7	36,8	58,7	5	38,5	13,9	68,4	0,568
Ítem 8	60	69,8	58,9	79,2	8	61,5	31,6	86,1	0,538
Ítem 9	67	77,9	67,7	86,1	6	46,2	19,2	74,9	0,036
Ítem 10	58	67,4	56,5	77,2	9	69,2	38,6	90,9	1,000
Ítem 11	70	81,4	71,6	89,0	8	61,5	31,6	86,1	0,142
Ítem 12	54	62,8	51,7	73,0	6	46,2	19,2	74,9	0,362

Tabla 2. Resultados obtenidos para el Bloque QB tras análisis estadístico.

y los años de experiencia laboral es decir, esta no fue un determinante a la hora de tener o no un mayor conocimiento sobre el contenido del apartado “La cura en ambiente húmedo”. Tampoco hubo asociación estadísticamente significativa entre las variables tipo de contrato (fijo/no fijo) y el porcentaje de respuestas correctas para el Bloque QB.

La tasa de respuesta a las preguntas del cuestionario “Apositos para la Cura en Ambiente Húmedo” (Bloque QC), se describen en la **Fig. 2**. Del análisis de la asociación entre los porcentajes de respuestas correctas y las variables independientes objeto de estudio para el Bloque QC, sólo se observan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en cuatro ítems de este apartado (C.10, C.12, C.13 y C.14) **Fig. 3**. Analizando el porcentaje de profesionales que responden correctamente, se aprecia que sí existen diferencias dependiendo del lugar dónde desarrollan su labor los/las enfermeros/as (**Tabla 3**).

De la misma forma, cabe destacar que aunque hubo significancia estadística ítems (C.9, C.12 y C.14), a favor de los profesionales con menos de diez años de experiencia laboral, al comparar los porcentajes totales de respuestas con la variable “Años de experiencia laboral” se demuestra que no existe asociación obteniendo una $p = 0,6883$.

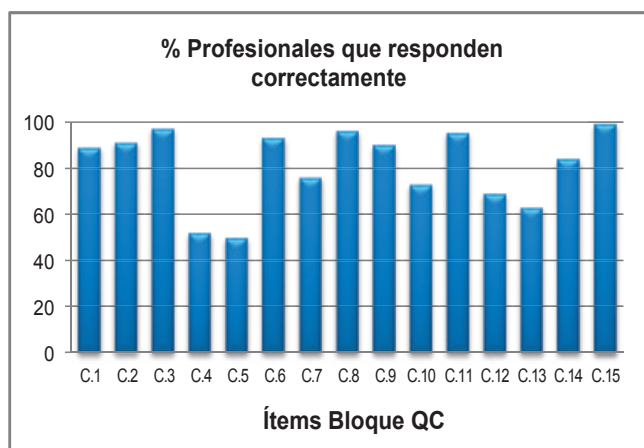


Fig.2. Resumen de respuestas correctas para el Bloque QC.

Cuestionario C	Centro de Salud (n=86)			PAC (n=13)			Valor P
	Nº aciertos	% aciertos	IC95%	Nº aciertos	% aciertos	IC95%	
Ítem 1	77	89,5	81,1 95,1	11	84,6	54,6 98,1	0,635
Ítem 2	78	90,7	82,5 95,9	12	92,3	64,0 99,8	1,000
Ítem 3	83	96,5	90,1 99,3	13	100,0	- -	1,000
Ítem 4	43	50,0	39,0 61,0	8	61,5	31,6 86,1	0,556
Ítem 5	45	52,3	41,3 63,2	4	30,8	9,1 61,4	0,234
Ítem 6	80	93,0	85,4 97,4	12	92,3	64,0 99,8	1,000
Ítem 7	66	76,7	66,4 85,2	9	69,2	38,6 90,9	0,510
Ítem 8	83	96,5	90,1 99,3	12	92,3	64,0 99,8	0,436
Ítem 9	78	90,7	82,5 95,9	11	84,6	54,6 98,1	0,616
Ítem 10	66	76,7	66,4 85,2	6	46,2	19,2 74,9	0,040
Ítem 11	82	95,3	88,5 98,7	12	92,3	64,0 99,8	0,513
Ítem 12	60	69,8	58,9 79,2	8	61,5	31,6 86,1	0,538
Ítem 13	60	69,8	58,9 79,2	2	15,4	1,9 45,4	0,000
Ítem 14	75	87,2	78,3 93,4	8	61,5	31,6 86,1	0,034
Ítem 15	85	98,8	93,7 100,0	13	100,0	- -	1,000

Tabla 3. Resultados obtenidos para el Bloque QC tras análisis estadístico.

Atendiendo a la variable “Tipo de contrato”, se observa tras el análisis de los datos que los ítems C.9 y C.12, con una $p < 0,05$ que existe asociación entre el porcentaje de profesionales que marcaron la respuesta correcta y el tipo de contrato del que disponen. Al comparar los porcentajes totales de respuestas con la variable “Tipo de contrato” se demuestra que no existe asociación obteniendo una $p = 0,9396$.

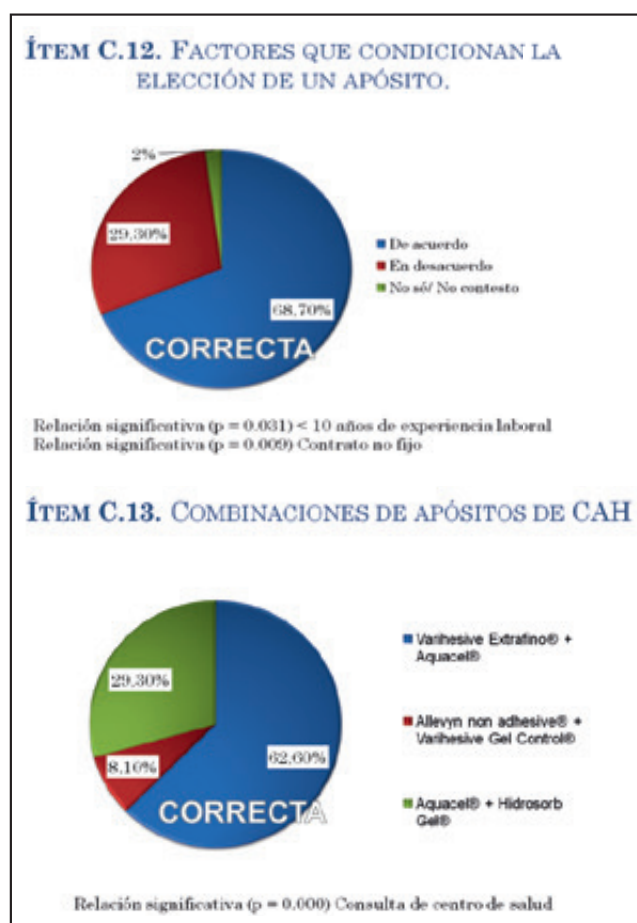


Fig.3. Diferencias significativas relacionadas con el uso de apósitos.

Por último, cabe destacar que al comparar el porcentaje total de profesionales que responden correctamente a un mayor número de ítems en todo el cuestionario (Bloque QB + Bloque QC) con las variables “Lugar dónde desarrolla su labor, Años de experiencia laboral y Tipo de contrato” se obtiene como resultado que únicamente existe asociación con la variable “Lugar dónde desarrolla su labor”, con una $p = 0,0378$. Por lo tanto, en referencia a la totalidad del cuestionario es determinante que los profesionales desarrollen su labor en un Centro de Salud o en un PAC para obtener un mayor porcentaje de respuestas correctas.

Independientemente de la significancia estadística, los/las enfermeros/as con más de diez años de experiencia laboral y que además tiene un contrato fijo, reúne un mayor número de respuestas correctas en todo el cuestionario.

Como resultado final de esta investigación y alcanzando el objetivo principal de este estudio se puede declarar que el grado de conocimiento para el 66% de las/los enfermeras/os, que desarrollan su labor en AP de la XXIF, sobre las recomendaciones presentes en las Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia

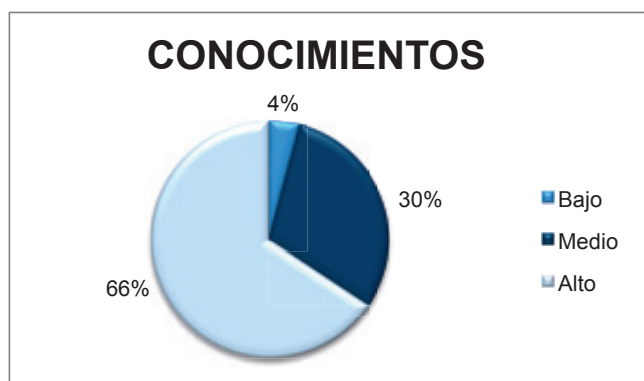


Fig.4 Grado de conocimiento de los profesionales.

acerca de la CAH y los apósitos utilizados para la misma, puede evaluarse como alto (Fig. 4).

Discusión

A lo largo de este trabajo de investigación se ha dejado constancia de la importancia de poseer el adecuado conocimiento de las recomendaciones basadas en la evidencia acerca del tratamiento de Heridas Crónicas¹⁷.

El perfil de los profesionales de enfermería que participaron en el estudio es el de un profesional que posee un alto grado de experiencia profesional, el 77% tiene una antigüedad laboral mayor de 15 años. Este dato contrasta con el que aparece en la investigación de Zamora Sánchez²⁴, en el que la muestra estaba situada, en su mayor parte, entre la franja de los 2 a los 10 años. Sin embargo, se acerca más a lo reflejado por Pancorbo Hidalgo²⁵ en 2006.

En lo concerniente al nivel de conocimiento, lo hallado en esta investigación hace que se aprecie que son más los profesionales de enfermería con más de 10 años de experiencia laboral los que responden correctamente a más ítems del cuestionario. Similares resultados se encontraron los estudios de Pieper & Mott²⁶ y Pieper & Mattern²⁷ y se contraponen en la investigación de Esperón⁵⁶.

El desarrollo de la labor en un Centro de Salud, por parte de los profesionales, fue un determinante favorable en el presente estudio en cuanto al grado de conocimiento ($p < 0,05$). Sin embargo el cuestionario *ad hoc* utilizado no determina los años de experiencia laboral en una consulta de AP o en los PAC específicamente, y no es menos cierto que influye el hecho de que las/os enfermeras/os que tienen más contacto con los cuidados de Heridas Crónicas poseen un mayor conocimiento respecto al tratamiento de estas, como así reflejan diversos autores^{17, 28}.

Por otro lado, tal y como concluyen los estudios de Pieper & Mott²⁶, Esperón²⁸, García Fernández FP *et*

ál²⁹, Caliri MHL *et ál*³⁰ y Rangel EML & Caliri MHL³¹ uno de los factores que más influye en el nivel de conocimiento sobre las recomendaciones basadas en la evidencia es la formación, el haber asistido a cursos, congresos, etc. sin embargo, tal y como se comenta en el presente estudio, no se puede deducir del mismo la existencia o no de estos factores, por lo que se propone una futura línea de investigación al respecto.

Lo hallado en esta investigación nos dice que el grado de conocimiento sobre las recomendaciones presentes en las guías de práctica clínica puede ser evaluado como alto para el 66% de los profesionales que participaron en el estudio. Concuera con dicho nivel de conocimiento los resultados de los estudios de Pancorbo (2002)²⁹ y Ortiz (2009)¹⁶ pues concluyen que en su muestra a estudio los profesionales de enfermería poseen un conocimiento alto.

A pesar de que los estudios mencionados en el párrafo anterior concluyen que el conocimiento acerca del tratamiento es alto, aquellos autores que comparan este último con el conocimiento sobre la prevención de HC, revelan en sus estudios que el conocimiento sobre el tratamiento es bajo respecto al que los profesionales demuestran sobre prevención^{16,17,18,25}. Se hace necesario, por tanto, seguir esforzándose para integrar la máxima evidencia sobre el tratamiento de Heridas Crónicas, sobre todo en las áreas que demostraron tener más déficit de conocimientos, así como en los profesionales con poca experiencia.

Finalmente, en base a los resultados de este estudio de investigación, teniendo en cuenta los objetivos, metodología empleada y las limitaciones que pueden derivar del mismo, se concluye:

- Que el nivel de conocimientos sobre la CAH y la utilización de apósitos para la misma puede ser considerado como alto para un 66% de los profesionales de Enfermería de AP de la XXIF. Un 30% de los profesionales tiene un grado de conocimiento medio, y un 4% posee un conocimiento bajo.
- Que se ha encontrado asociación estadística en el grado de conocimiento, atribuible a la variable "Lugar dónde desarrollan su labor", que responde a favor de los profesionales que trabajan en un Centro de Salud.
- Que a pesar de que no existe asociación estadística, se observa disparidad en el porcentaje de profesionales que responden correctamente, sugiriéndose así que los/as enfermeros/as con más de diez años de experiencia laboral y que poseen un contrato fijo responden mejor al cuestionario.

- Que se aprecia que son las/os enfermeras/os que trabajan en los PAC, y los que no tienen un contrato fijo quienes obtienen un menor porcentaje de respuestas correctas.
- Que parece necesario perseverar en intervenciones formativas para integrar las recomenda-

ciones basadas en evidencias sobre el tratamiento de Heridas Crónicas.

- Que el cuestionario *ad hoc* utilizado resultó un instrumento útil para detectar carencias formativas y de conocimiento y por lo tanto para ajustar las acciones didácticas a las necesidades reales de los profesionales.

Bibliografía

- Soldevilla Agreda JJ, Verdú Soriano J, Torra I Bou JE. Impacto social y económico de las úlceras por presión. En: Enfermería y Úlceras por presión: De la Reflexión sobre la Disciplina a las Evidencias en los Cuidados. [S.l.]: Grupo ICE–Investigación Científica en Enfermería, 2008.
- Delgado Fernández R; Pérez Vázquez A, Rodríguez Iglesias FJ. "Manual de prevención y tratamiento de úlceras por presión". Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. SERGAS. División de asistencia sanitaria, 2005.
- Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Posnett J, Verdú Soriano J, San Miguel L, Mayan Santos JM. "Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España". Gerokomos [revista en Internet]. 2007 Dic.[Acceso: 15/11/2012] 18(4): 43-52. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000400007&lng=es
- World Health Organization. World Health Alliance for Patient Safety, Forward Programme. Geneve: World Health Organization, 2004. [Acceso: 15/11/2012] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
- Xunta de Galicia. Servicio Galego de Saúde. Estrategia SERGAS 2014. La sanidad pública al servicio del paciente. [Acceso: 15/11/2012] Disponible en: http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo. [Sede Web]. España. 2010. [Acceso: 20 de Enero de 2013]. "Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud". Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
- Verdú J, Nolasco A, García C. Análisis y evolución de la mortalidad por úlceras por presión en España. Periodo 1987-1999. Gerokomos. 2003; 14 (4): 212-226.
- Soldevilla Agreda JJ, Navarro Rodríguez S, Rosell Moreno C, Sarabia Lavin R, Valls Borrueal G, Problemática de las úlceras por presión y sus repercusiones legales. Madrid: SPA (S.L.); 2004.
- Hibbs P. Pressure area care for the city and Hackney Health authority. London: St. Bartholomeus Hospital; 1987.
- Sánchez Lorente MM, Coordinador. "Guía de Práctica Clínica de Enfermería. Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión y otras Heridas Crónicas". Valencia: Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat, 2008.
- Winter G. Formation of scab and the rate of epithelialization of superficial wounds in the skin. Nature 1962; 193: 293-8.
- Arantón Areosa L, Capillas Pérez R, Fomes Pujalte B, Palomar LLatas F, Ruiz Hontangas A. "Gestión de los Cuidados Enfermeros en Úlceras y Heridas". Madrid: DAE. Grupo Paradigma; 2009.
- Turner TD. Hospital usage of absorbent dressings. Pharm J 1979; 222: 421 – 6.
- Thomas S. Wound Management and dressings. London: Pharmaceutical Press; 1990.
- Bennett G, Moody M. Wound care for health professionals. London: Chapman & Hall; 1995.
- Hernández Ortiz Juan Ángel. Prevención y cuidados en úlceras por presión: ¿Dónde estamos? Gerokomos [revista en la Internet]. 2009 Sep. [Fecha de acceso: 22 de Noviembre del 2012] 20(3): 132-140. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000300007&lng=es
- Pancorbo Hidalgo PL., García Fernández FP, Rodríguez Torres MC, Torres García M, López Medina IM^a. Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre el cuidado de las úlceras por presión: revisión sistemática de la literatura. Gerokomos [revista en la Internet]. 2007 Dic. [Fecha de acceso: 22 de Noviembre del 2012] 18(4): 30-38. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000400005&lng=es
- Quesada Ramos C, García Díez R. Evaluación del grado de conocimiento de las recomendaciones para la prevención y el cuidado de úlceras por presión en Unidades Críticas. Enferm Intensiva. 2008; 19(1): 23-34.
- Instituto de Formación Sanitaria. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
- Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Posnett J, Verdú Soriano J, San Miguel L, Mayan Santos JM. "Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España". Gerokomos [revista en Internet]. 2007 Dic.[Acceso: 15/11/2012] 18(4): 43-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000400007&lng=es
21. Acobur, asesoría en concursos públicos. [página Web]. España. 10 de Diciembre del 2010. [Fecha de acceso: 11 de Diciembre de 2013]. Disponible en: https://www.acobur.es/concursos_publicos_gratis/123695/MI-SER1-10-019/
- Pieper B, Mattern JC. Critical care nurses Knowledge pressure ulcer prevention, staging and description. Ostomy Wound Manage. 1997; 43 (2): 22-31.
- García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J, Soldevilla Agreda JJ, Rodríguez Palma M, Gago Fornells M, et al. Eficacia de los productos para el tratamiento de las úlceras por presión: una revisión sistemática con meta-análisis. Gerokomos [revista en la Internet]. 2007. [Fecha de acceso: 23 de Noviembre del 2012] ; 18(1): 36-48; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2007000100006&script=sci_arttext
- Zamora J. Conocimiento y uso de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en un hospital de agudos. Gerokomos 2006; 17 (2): 100-10.
- Pancorbo P, García F, López I. Pressure ulcer care in Spain: nurses 'Knowledge and clinical practice. Journal of Advanced Nursing. 2007; 58 (4): 327-338.
- Pieper B, Mott M. Nurses 'Knowledge of pressure ulcer prevention, staging and description. Advances in Wound care. 1995; 8 (3): 34-47.
- Pieper B, Mattern JC. Critical care nurses 'Knowledge pressure ulcer prevention, staging and description. Ostomy Wound Manage. 1997; 43 (2): 22-31.
- Esperón Güimil JA, Vázquez Vlzoso FL. Los conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión y sus determinantes. Gerokomos. 2004; 15 (2): 107-116.
- García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, López Medina IM, López Ortega J. Conocimiento y utilización de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en centros de salud de Andalucía. Gerokomos 2002; 13 (4): 214-222.
- Caliri MHL, Miyazaki MY, Pieper B. Knowledge of pressure ulcer by undergraduate nursing students in Brazil. Ostomy/ Wound Manage. 2003; 49 (3): 54-63.
- Rangel EML, Caliri MHL. Conhecimento de enfermagem de um hospital geral sobre a prevenção e avaliação da úlcera por pressão. Rev. Paul Enferm. 2004; 23 (2):123-129.

Anexo I.

Cuestionario sobre Conocimientos de Cura en Ambiente Húmedo y Uso de Apósitos.

A. DATOS DEL PROFESIONAL:
1. Años de experiencia laboral: De 0 a 5 años <input type="checkbox"/> De 6 a 10 años <input type="checkbox"/> De 11 a 15 años <input type="checkbox"/> Más de 15 años <input type="checkbox"/>
2. Tipo de contrato actual: Fijo <input type="checkbox"/> Interino <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/>
3. Desarrolla su labor en: Centro de Salud <input type="checkbox"/> Punto de atención continuada (PAC) <input type="checkbox"/>

B. LA CURA EN AMBIENTE HÚMEDO (CAH)
1. La CAH tiene importantes beneficios frente a la cura tradicional. De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé /No contesto <input type="checkbox"/>
2. Marque la correcta de entre las siguientes características de los apósitos de CAH: <ul style="list-style-type: none"> - No proporcionan un ambiente húmedo manejando el exudado <input type="checkbox"/> - Favorecen el intercambio gaseoso <input type="checkbox"/> - Hacen más fácil la entrada de agentes contaminantes <input type="checkbox"/> - Evitan que la Tª se mantenga constante en el lecho de la herida <input type="checkbox"/> - No protegen a la herida frente a traumatismos <input type="checkbox"/>
3. La elección de CAH para el tratamiento de una herida crónica es a la larga más costosa que la cura tradicional De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé /No contesto <input type="checkbox"/>
4. Mantener unas condiciones de ambiente húmedo en el lecho ulceral contribuye a la disminución del dolor De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé /No contesto <input type="checkbox"/>
5. En una úlcera que presenta placa de fibrina y exudado nulo es posible crear condiciones de ambiente húmedo en el lecho ulceral con los productos del catálogo De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé /No contesto <input type="checkbox"/>
6. En una UPP de Categoría IV que presenta tejido necrótico, es recomendable que el apósito se adhiera al lecho ulceral para favorecer el desbridamiento por arrastre mecánico, al retirar el mismo De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé /No contesto <input type="checkbox"/>

<p>7. Señale cuál de las siguientes opciones se relaciona con el desbridamiento autolítico</p> <ul style="list-style-type: none"> - El que ocurre de forma natural en todas las heridas <input type="checkbox"/> - Se consigue a través del intercambio de fluidos de distinta densidad <input type="checkbox"/> - Basado en la aplicación local de enzimas exógenas <input type="checkbox"/> - No sé /No contesto <input type="checkbox"/>
<p>8. En una herida con exudado moderado/abundante, para realizar desbridamiento autolítico debe utilizarse un apósito que aporte humedad (Hydrosorb®, Hidrogel) De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé /No contesto <input type="checkbox"/></p>
<p>9. Es necesario el desbridamiento (cortante/quirúrgico) inmediato en una UPP en talón que presenta placa necrótica seca, sin edema, fluctuación o drenaje De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé /No contesto <input type="checkbox"/></p>
<p>10. Al proceder al cambio de un apósito de espuma de poliuretano el exudado de la lesión alcanza los bordes del apósito pero sin existir fugas. La frecuencia con la que se realiza la cura es la adecuada. De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé /No contesto <input type="checkbox"/></p>
<p>11. Indique la actuación correcta a la hora de rellenar una úlcera cavitada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rellenar aproximadamente la mitad de la cavidad <input type="checkbox"/> - Rellenar aproximadamente el 75% de la cavidad <input type="checkbox"/> - Rellenar por completo <input type="checkbox"/> - No sé /No contesto <input type="checkbox"/>
<p>12. El índice IMEUPP sirve para monitorizar la evolución de una UPP De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé /No contesto <input type="checkbox"/></p>

<p>C. APÓSITOS PARA LA CURA EN AMBIENTE HÚMEDO</p>
<p>1. La gasa puede utilizarse como apósito primario en combinación con los apósitos de cura en ambiente húmedo De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé /No contesto <input type="checkbox"/></p>
<p>2. De la siguiente lista de apósitos, indique cual presenta una lámina impermeable que hace que lo consideremos secundario</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fibras coloides <input type="checkbox"/> - Espumas de poliuretano adhesivas <input type="checkbox"/> - Alginatos <input type="checkbox"/> - No sé /No contesto <input type="checkbox"/>
<p>3. De los productos que se exponen a continuación, marque la opción que necesita un apósito secundario</p> <ul style="list-style-type: none"> - Varihesive Extrafino® (Hidrocoloide fino) <input type="checkbox"/> - Tegaderm Foam Adhesive® (espuma) <input type="checkbox"/> - Algiste M® (Alginato) <input type="checkbox"/> - No sé /No contesto <input type="checkbox"/>

<p>4. En cuanto a la utilización de Hidrocoloides: No se procederá al cambio de apósito mientras el exudado no alcance la piel periulceral.</p> <p>De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé /No contesto <input type="checkbox"/></p>
<p>5. La evaporación del exudado es uno más de los componentes de la gestión del exudado en los apósitos de espuma</p> <p>De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé /No contesto <input type="checkbox"/></p>
<p>6. Ante un paciente sin patologías asociadas, utilizaría un apósito con plata como prevención para una herida que no está infectada</p> <p>De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé /No contesto <input type="checkbox"/></p>
<p>7. En una úlcera no infectada, con tejido de granulación, exudado escaso y epitelización en los bordes elijo como tratamiento local:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Varihesive Extrafino® <input type="checkbox"/> - Aquacel® + Varihesive Gel control® <input type="checkbox"/> - Cura tradicional con gasa <input type="checkbox"/> - No sé /No contesto <input type="checkbox"/>
<p>8. Va a neutralizar el mal olor de una úlcera infectada con un apósito de carbón activado. Pero como con la mitad del mismo le llega, recorta el apósito.</p> <p>De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé /No contesto <input type="checkbox"/></p>
<p>9. Marque la opción <u>CORRECTA</u> acerca de la recomendaciones para evitar la maceración de los bordes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar a la piel perilesional povidona yodada <input type="checkbox"/> - Aplicar productos barrera (pomadas, spray no irritante) <input type="checkbox"/> - Evitar la utilización de apósitos de absorción vertical <input type="checkbox"/> - No sé/ No contesto <input type="checkbox"/>
<p>10. Para el tratamiento de úlceras de evolución tórpida no infectadas, sin esfacelos, ni fibrina, se considera adecuado el uso de apósitos inhibidores de proteasas</p> <p>De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé /No contesto <input type="checkbox"/></p>
<p>11. En apósitos hidrocoloides, es importante que el apósito cubra desde el borde de la lesión de 2 a 3 cm de la piel alrededor para evitar la maceración de los bordes y asegurar la correcta sujeción.</p> <p>De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé /No contesto <input type="checkbox"/></p>
<p>12. El estado general del paciente condiciona la elección de un apósito u otro</p> <p>De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé /No contesto <input type="checkbox"/></p>
<p>13. Marque la opción correcta de las siguientes combinaciones de apósitos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Varihesive Extrafino® + Aquacel® <input type="checkbox"/> - Allevyn no adhesive® + Varihesive Gel Control® <input type="checkbox"/> - Aquacel® + Hidrosorb Gel® <input type="checkbox"/>
<p>14. La colagenasa es compatible con productos con plata o iodo</p> <p>De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> No sé /No contesto <input type="checkbox"/></p>
<p>15. Seleccione el producto más adecuado para utilizar en las tunelizaciones en el contexto de CAH</p> <p>Gasas <input type="checkbox"/> Tira de fibra coloide <input type="checkbox"/> Hidrogel en placa <input type="checkbox"/></p>

Eficacia de ácidos grasos hiperoxigenados con silicona en extremidades inferiores con y sin ulceraciones.

Autores:

García-Toro M.⁽¹⁾, Cerame-Pérez, S.⁽²⁾, Rosselló-Ruiz A.⁽³⁾, Beaskoetxea-Gómez P.⁽⁴⁾, Capillas-Pérez R.M.⁽⁵⁾, Palomar-LLatas F.⁽⁶⁾, Gómez-Coiduras J.M.⁽⁷⁾, Sanjurjo-Guerrero C.⁽⁸⁾

(1). Enfermero. Hospital Tierra de Barros, Servicio Extremeño de Salud.

(2). Enfermera. Practicantes y Sanitarios de Galicia SLP y CMUC.

(3). Enfermera. Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla.

(4). Enfermera. Centro de Salud de Galdakao. Osakidetza.

(5). Enfermero. Dirección de Atención Primaria Costa de Ponent. Institut Català de la Salut.

(6). Enfermero. Director Área de Gestión Clínica de la Piel. Coordinador Unidad Enfermería Dermatológica Úlceras y Heridas. Hospital General Universitario de Valencia.

(7). Enfermero. UGC Trinidad-Jesús Cautivo. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Servicio Andaluz de Salud.

(8). Enfermera. Servizo Galego de Saúde SERGAS.

Correspondencia Manuel García Toro: mgarciadue@hotmail.com

Resumen

Introducción: Existen evidencias científicas sobre los beneficios del uso de ácidos grasos para la regeneración epidérmica y la prevención de las úlceras crónicas. Los ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) son productos compuestos por ácidos grasos esenciales (AGE) a los que se añade oxígeno a la molécula inicial a través de un proceso llamado hiperoxidación. La fórmula a estudio presenta además ciclometicona (silicona). El objetivo de este estudio es comprobar la eficacia de los AGHO con silicona en extremidades inferiores, con y sin ulceraciones.

Metodología: Estudio observacional, longitudinal, por cohortes de carácter prospectivo y multicéntrico realizado desde octubre de 2010 hasta septiembre de 2011.

En una muestra de pacientes se aplicó AGHO con silicona en formato aceite, en extremidades inferiores con alteraciones vasculares venosas y AGHO con silicona en formato leche en extremidades inferiores isquémicas y/o neuropáticas.

Se efectuó un seguimiento de 8 semanas, valorando a través de la escala Fedpalla la evolución del grado de deterioro de la integridad cutánea.

Resultados: En general la muestra evolucionó tras 8 semanas de aplicación de AGHO, desde un grado II (mal pronóstico de epitelización) a un grado IV (muy buen pronóstico) de la escala Fedpalla.

En 9 pacientes se midió la presión transcutánea de oxígeno, al inicio y al final del estudio, elevándose un 11.1%

Conclusión: Los AGHO con silicona utilizados han permitido la restauración de la integridad cutánea en la mayoría de los pacientes en un periodo de 56 días.

Palabras clave: ácidos grasos hiperoxigenados, silicona, úlceras por presión, úlceras vasculares, úlceras neuropáticas, Escala Fedpalla.

EFFECTIVENESS HYPEROXYGENATED FATTY ACID WITH SILICONE IN LOWER EXTREMITIES WITH AND WITHOUT ULCERATIONS

Abstract

Introduction: There is scientific evidence on the benefits of the use of fatty acids for epidermal regeneration and prevention of chronic ulcers. The hyperoxygenated fatty acids (HOFA) are products composed for essential fatty acids (EFA) to which oxygen is added to molecule through a process called hyperoxidation. The formula to study presents addition cyclomethicone (silicone). The objective of this study is to test the efficacy of the HOFA with silicone in lower extremities, with or without ulcerations.

Methodology: An observational study, longitudinal, cohort of character and prospective multicenter from October 2010 to September 2011. In a sample of patients were applied HOFA with silicone in oil format, in

the lower extremities with vascular alterations venous and HOFA in milk format with silicone in lower extremities ischemic and/or neuropathic. There was a follow-up to 8 weeks, valuing through Fedpalla scale the evolution of the degree of deterioration of the skin integrity.

Results: *In general the sample evolved after 8 weeks of implementation of HOFA, since a grade II (poor prognosis of epithelization) to a grade IV (very good prognosis) of the scale Fedpalla. In 9 patients was measured the transcutaneous oxygen pressure at the beginning and the end of the study, rising 11.1 %.*

Conclusion: *The HOFAs with silicone used have allowed the restoration of skin integrity in the majority of patients in a period of 56 days.*

Keywords: *Hyperoxygenated fatty acids, silicone, pressure ulcers, vascular ulcers, neuropathic ulcers, Fedpalla Scale*

Introducción

Entre los diversos productos para la prevención y tratamiento de heridas, comercializados para la reparación del deterioro cutáneo, se encuentran los denominados ácidos grasos hiperoxigenados, en adelante (AGHO). Su utilización en el cuidado de la piel y la prevención de heridas está cada vez más difundido ⁽¹⁾, convirtiéndose en una práctica enfermera habitual.

Desde su aparición en el mercado, hace varias décadas hasta la actualidad, su composición y formulación ha ido variando. Muchos han pasado de ser considerados productos dermocosméticos a productos sanitarios. Algunos se formulan con siliconas para mejorar las propiedades finales del producto y su aplicación sobre la piel ⁽²⁾, ya que aumenta la sustentividad sobre la piel (mantiene más tiempo los AGHO sobre la piel), es más resistente al desprendimiento, fricción y lavado (película hidrófoba), además de aumentar la permeabilidad del estrato corneo, mejorando la biodisponibilidad y el control de su liberación.

Tras la revisión bibliográfica de los artículos publicados sobre ácidos grasos hiperoxigenados con el objetivo de conocer las mejoras de este producto desarrolladas en el tiempo, sobre todo en lo referente a nuevas presentaciones, usos, y efectividad, se constata que los AGHO siguen siendo cruciales en el mantenimiento de la integridad cutánea ⁽³⁾, así como en la reparación del deterioro que en esta puedan provocar situaciones de isquemia, tal como ocurre en pacientes con úlceras

por presión ⁽⁴⁾ o vasculares ⁽⁵⁾; también se constata la existencia en el mercado de presentaciones en leche y aceite, orientadas a diferentes necesidades de cuidado de la piel del paciente.

La formulación de AGHO con siliconas supone dar un paso hacia la consecución de fórmulas magistrales más avanzadas. Bajo la voz "silicona" se engloban a todos los derivados a base de silicio, carbono, oxígeno e hidrógeno, (siloxanos). Desde la década de los años 50 las siliconas se han usado con mayor o menor éxito en ciencias de la salud. Hoy en día gran cantidad de productos sanitarios lo contienen ⁽⁶⁾, especialmente por su bajo perfil alérgico ⁽⁷⁾

En el caso de los AGHO la silicona utilizada es ciclotimicona ⁽⁸⁾ cuyas propiedades principales son:

- Sustantividad: la película que se forma después de aplicar la formulación tópica y eliminar los compuestos volátiles, ayuda a mantener más tiempo los AGHO sobre la piel ⁽⁹⁾.
- Resistencia al desprendimiento: (rub-off), por la capacidad de las siliconas de formar películas hidrófobas.
- El AGHO tiene mayor resistencia a la abrasión y al lavado.
- Las siliconas aumentan la permeabilidad del estrato corneo, mejorando la biodisponibilidad, efecto interesante en filmógenos de acción prolongada como los AGHO.

El objetivo principal del estudio es comprobar la eficacia de los AGHO con silicona en extremidades inferiores con y sin ulceraciones. Se plantean como objetivos secundarios:

- Analizar el efecto del tratamiento sobre el nivel de hidratación (maceración y sequedad) de la piel.
- Describir el efecto sobre la dermatitis perilesional.
- Verificar la mejora de la microcirculación de la piel perilesional tratada

Valorar el mantenimiento del buen estado de conservación de la piel y del desarrollo (prevención) de futuras lesiones.

Material y métodos

Se planteó un estudio clínico de aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados con silicona en extremidades inferiores, denominado AGREXIN.

Estudio multicéntrico de ámbito peninsular (participan pacientes de Galicia, Extremadura, Andalucía, Valencia, Cataluña y Euskadi) y observacional, de carácter longitudinal y prospectivo, de un año de duración (desde octubre de 2010 hasta septiembre de 2011).

Participan 8 investigadores y una red de más de 50 colaboradores recaban la información bajo un mismo protocolo y en un cuaderno de recogida de datos estandarizado para dar respuesta a las siguientes variables de estudio:

- Demográficas (sexo, edad, factores de riesgo y antecedentes patológicos que favorezcan el deterioro cutáneo).
- Evaluación de la salud dermatológica actual del paciente (lesiones previas, etiología, antigüedad, superficie, localización y tratamiento de la herida si la hubiera).
- Valoración de la piel perilesional mediante la escala Fedpalla⁽¹⁰⁾.
- Tratamiento aplicado con AGHO con ciclometicona en formato aceite o en formato leche (número de aplicaciones, frecuencia semanal, reacciones adversas, etc...)
- En algunos de los pacientes, se hicieron medidas de presión transcutánea de oxígeno.

Se tuvo en cuenta también la valoración del profesional, recopilando su opinión acerca de la facilidad de aplicación, acontecimientos adversos relacionados con el producto, residuos grasos en la piel, capacidad de absorción - extensión y la facilidad de fijación de un apósito tras la aplicación del producto.

La muestra de conveniencia, es de 200 pacientes. A cada uno de ellos, tras la firma del consentimiento informado, se les aplica AGHO con ciclometicona durante 8 semanas y se efectúa una valoración de las variables citadas al inicio, semanalmente, de la 2^a-7^a semana de tratamiento y una valoración final. El análisis de datos, se realiza con estadística descriptiva.

Para el estudio se divide a los pacientes en dos cohortes:

- Pacientes tratados con AGHO con ciclometicona en formato leche, (formulado a base de ácido linoleico, oleico, palmítico ciclometicona, y vitamina E).
- Pacientes tratados con AGHO con ciclometicona en formato aceite, (formulado a base de ácido linoleico, oleico, palmítico, triglicéridos y ciclometicona).

Las variables categóricas se describen a partir del conteo de efectivos y el cálculo de frecuencias absolutas y relativas. Las variables numéricas se describen a partir del conteo de efectivos, valores máximos y mínimos, medias y desviaciones típicas.

Las variables continuas se representan a partir de histogramas y las variables categóricas a partir de gráficos de sectores, barras, tendencias y barras agrupadas.

Resultados

Tras la depuración de casos con datos incompletos o erróneos se obtiene un tamaño muestra de N = 189 casos.

La edad media se situó en 75,5 años, observándose pacientes de edades de entre 33 y 101 años. Atendiendo al sexo, se observa la siguiente distribución: mujeres (60,4%), hombres (39,9%).

No se detectaron diferencias entre grupos de tratamiento.

En cuanto los factores de riesgo para sufrir deterioro cutáneo, los pacientes registraron de media un total de 3,29 factores de riesgo, el 70,4% de los pacientes indicaron insuficiencia venosa, el 58,2% hipertensión y el 50,3% la presencia de varices, sin detectarse diferencias significativas entre los pacientes tratados con Aceite o Leche ^(Gráfico1).



Tratar piel perilesional, el cuidado de piel frágil y la prevención de úlceras vasculares venosas son las indicaciones más frecuentes, por las que se inicia el tratamiento con AGHO con silicona. Se mantiene observación de la evolución de las mismas, durante 8 semanas.

Del total de pacientes a estudio, 129 presentaban al inicio una herida en extremidad inferior (Gráfico 2). La antigüedad media de las lesiones de los pacientes que utilizaron la fórmula a partir de aceite fue de 13,5 meses, en contra de los 8,3 meses de media que tenían los pacientes con Leche.



La superficie media de lesión en pacientes tratados con aceite, se situó en 13,9 cm cuadrados en contra de los 9,1 cm cuadrados de los pacientes tratados con el producto a base de leche. No se detectaron diferencias estadísticas entre ambos grupos.

El 37% de los pacientes tenían una cantidad baja de exudado. El mismo porcentaje (37%) una cantidad moderada y finalmente el 26% restante indicó una cantidad alta. (Gráfico 3).

El deterioro de la integridad cutánea previo al tratamiento se determinó por la escala Fedpalla (10). La puntuación total media de la escala Fedpalla fue de 12,18 puntos, siendo la puntuación mínima en 2 puntos y la máxima en 25 (máxima posible). Se observó que el mejor indicador con una puntuación media más baja, fue la hidratación (2,88). El indicador con mayor valoración fueron los bordes (3,70); La vascularización, depósitos y dermatitis obtuvieron puntuaciones medias entorno a los 3 puntos.



En un grupo reducido de 9 pacientes se aplicaron medidores de presión transcutánea de oxígeno en miembros inferiores, el valor medio de esta al inicio del estudio fue de 81 mmHg.

En general la muestra evolucionó tras 8 semanas de aplicación de AGHO, desde un grado FEDPALLA II, con mal pronóstico de epitelización, a un grado FEDPALLA IV (22 pts), con muy buen pronóstico. La hidratación se incrementa hasta los 4,37, sobre 5 pts posibles (Imagen nº1).



Imagen 1

La vascularización crece hasta los 4,2 sobre 5 pts posibles (Imagen nº2)



Imagen 2

De igual modo el parámetro depósito evoluciona favorablemente en todos los pacientes tratados (Imagen nº 3); Puede observarse como los depósitos escamosos sobre cara anterior tibial han desaparecido tras la aplicación de AGHO.



Imagen 3

En el caso de la dermatitis, también ha habido un aumento de la puntuación en la escala (hasta 4,5 pts), a medida que se suceden las semanas en tratamiento. Que se traduce en una normalización del estado cutáneo, pues a menor puntuación, peor estado de la piel (Imagen nº 4).

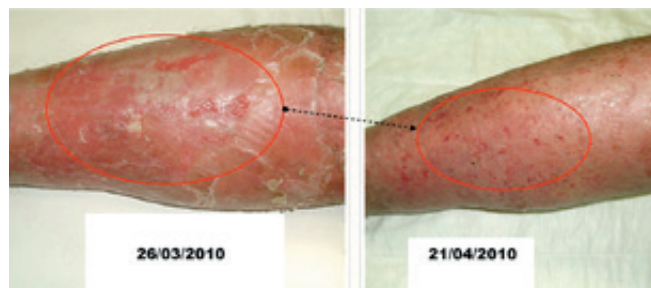


Imagen 4

Los efectos antiinflamatorios también han sido bastante evidentes, disminuyendo en buena parte de los casos, el eczema, la tirantez y el enrojecimiento cutáneos.

La mejora de la piel perilesional, implica una mejoría de los bordes, que se traduce en incremento hasta 4,6 sobre 5 pts de la escala FEDPALLA.

En general la evolución de los pacientes ha sido buena, con tendencia hacia la conversión de los bordes en planos y más definidos que los que al inicio del estudio presentaban (Imagen nº 5).

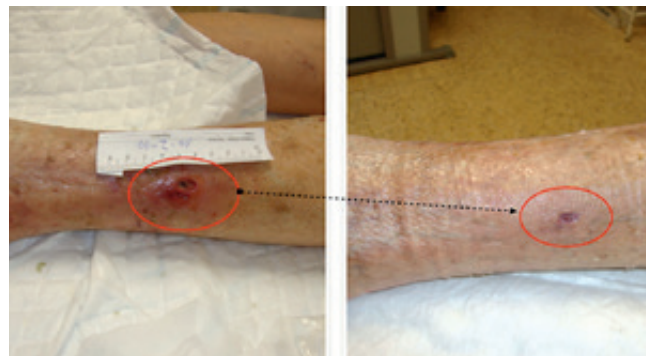


Imagen 5

En cuanto al ligero incremento del valor de la presión transcutánea de oxígeno en los pacientes tratados con los AGHO con silicona desde 81 mmHg al inicio del tratamiento, a 90 mmHg al final; no puede extrapolarse ninguna conclusión con significación estadística pues la muestra era muy baja.

Discusión

Los polímeros de silicona pueden aportar unas ventajas estéticas únicas en formulaciones tópicas, al ser de mejor extensibilidad, mas emolientes y lubricantes ⁽¹¹⁾, tacto más sedoso y sin pegajosidad ⁽¹²⁾. El 73% de los colaboradores del estudio valoraron como muy buena la extensibilidad del producto (Imagen nº 6).



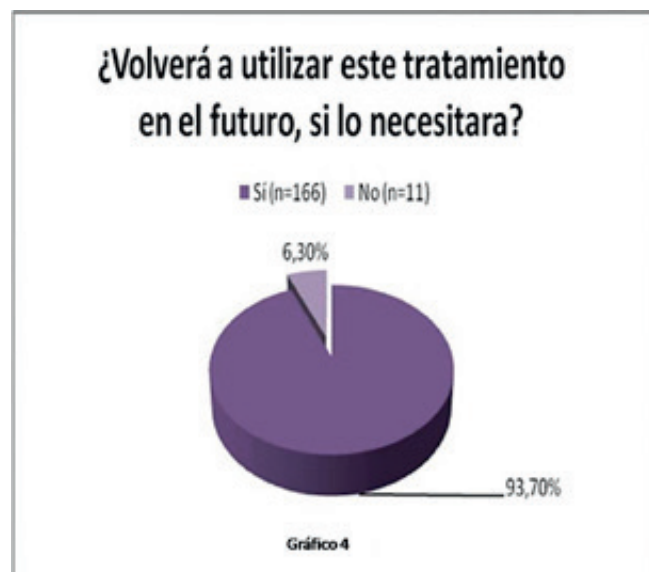
Imagen 6

Los pacientes que usan AGHO, perciben una mejora en su percepción sensorial, lo que influye de manera positiva en el cumplimiento terapéutico del tratamiento.

En conclusión consideramos poder decir que los AGHO con silicona que utilizamos han contribuido a la restauración de la integridad cutánea en la mayoría de los pacientes en un periodo de 56 días.

Según los profesionales de enfermería participantes en el estudio, la facilidad y comodidad de aplicación del tratamiento parece estar relacionada con la inclusión de ciclometicona en su formulación.

Preguntada la opinión subjetiva de los pacientes sobre posibilidad de nueva utilización del producto (Gráfico 4) y sobre la evolución de los síntomas (Gráfico 5), el grado de satisfacción fue alto, lo que se podría traducir en una mayor adherencia al tratamiento. Es importante resaltar que solo 11 pacientes abandonaron el estudio voluntariamente.



Bibliografía

- García Fernández, P.F. Montalvo Cabrerizo, M. García Guerrero, A. Pancorbo Hidalgo, P.L. García Pavón, F. González Jiménez, F. y cols. "Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión". (on line). Disponible en: http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/21_pdf.pdf
- Himstedt AL, Gettings RL. "Silicones for Pharmaceutical/Biomedical Applications", Technomic seminar, Basle. 1995
- Martínez Cuervo, F.; Pareras Galofré, E. A. La efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en el cuidado de la piel perilesional, la prevención de las úlceras por presión, vasculares y de pie diabético. GEROKOMOS 2009; 20 (1): 41-46
- Martínez F, Soldevilla JJ, Novillo LM, Segovia T. Prevención de úlceras por presión. En: Atención Integral de las Heridas Crónicas (1º ed). Madrid: SPA, 2004.
- Martínez F, Soldevilla JJ, Novillo LM, Segovia T. Prevención de úlceras por presión. En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds). Atención Integral de las Heridas Crónicas (1º ed). Madrid: SPA, 2004
- Perez Capillas, R.M. Castillo Muñoz, L. Morros Torné, C. Portas Freixes, J. Vedia Urgell, C. "Maneig de les ulceres vasculares". (on line). Disponible en: http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/67_pdf.pdf
- Silicone Environmental, Health and Safety Council of North America, Guidance for aerosol applications of silicone-based materials.
- Toxicity Profile, Polydimethylsiloxane, BIBRA Working Group, BIBRA Toxicology International
- Starch M.S. "Using silicones in topical products", in Drugs and the Pharmaceutical sciences. Vol 42, Chapter 19. Ed: D.W. Osborne.
- Colas, A. "Silicones in Pharmaceutical Applications", Dow Corning Corporation. All rights reserved. 2001
- Palomar-Llatas F, Fornés B, Tornero A, Muñoz V. Escala valoración FEDPALLA de la piel perilesional. Enferm Dermatol. 2007;1(00):36-38.
- Bailón Moreno, R. Chiadmi, L. El Nuevo Método In Vitro de la Zeína y su Correlación con la Pérdida de Agua Transepidérmica. Edita: Rafael Bailón Moreno. 2007.
- Ulman K, Thomas X. "Silicones Pressure Sensitive Adhesives", 133, Advances in Pressure Sensitive Adhesive Technology-2, D Satas. ed., Satas and Ass. publ.

Deterioro de la integridad cutánea por Pioderma Gangrenoso.

Autores:

Hernández Orta M.P.⁽¹⁾, Pina García R.⁽¹⁾, Garbayo Ágreda Y.⁽¹⁾,
Martin de Aguilera Moro M.C.⁽¹⁾, Pérez Pelegay J.⁽²⁾, Lafuente Urrez R.F.⁽²⁾, Rivera Fuertes I.⁽²⁾

(1). Enfermeras de Dermatología. Consultas de Dermatología. Hospital "Reina Sofía". Tudela (Navarra).
(2). Dermatólogos. Servicio de Dermatología. Hospital "Reina Sofía". Tudela (Navarra).

Resumen

El pioderma gangrenoso (PG), es un trastorno inflamatorio de la piel poco frecuente de etiología probablemente autoinmune. P.G. se caracteriza por la aparición de úlceras cutáneas necróticas y su progreso es generalmente tórpido, crónico y a menudo destructivo con propagación a grandes áreas. Estas lesiones pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, pero se encuentran principalmente en las piernas, glúteos, abdomen y brazos. Puede ocurrir de forma espontánea o en zonas que han sufrido un traumatismo menor o cirugía.

Abstract

Pyoderma Gangrenosum (P.G.), is an infrequent inflammatory skin disorder with a probably autoimmune etiology. P.G. is characterized by the appearance of necrotic skin ulcers and their progress is usually torpid, chronic and often destructive with spread to large areas. These lesions can appear anywhere on the body, but they are mainly located in legs, buttocks, abdomen and arms. It can occur spontaneously or in areas that have suffered minor trauma or surgery.

Introducción

El Pioderma Gangrenoso (PG) es una enfermedad cutánea inflamatoria poco frecuente, de probable patogenia inmunitaria⁽¹⁾. Se caracteriza por la aparición de úlceras cutáneas de carácter necrótico que sin un tratamiento adecuado suelen tener una evolución tórpida, crónica y generalmente destructiva con extensión a grandes superficies.

El diagnóstico diferencial del Pioderma Gangrenoso con otras patologías más frecuentes que cursan con

úlceras es importante ya que las curas y cuidados locales de las lesiones no suelen ser suficientes para el control de esta enfermedad; que suele precisar de un tratamiento sistémico adecuado para evitar su progresión y las secuelas al paciente, así como descartar otras enfermedades sistémicas autoinmunes asociadas.

Objetivos

1. Identificar los casos de pioderma gangrenoso
2. Establecer un plan de cuidados estandarizado para pacientes con pioderma gangrenosos.

Introducción

Estudio descriptivo de los casos de Pioderma gangrenoso atendidos de enero de 2011 a mayo de 2012 en la Consulta de Dermatología y diseño de un plan de cuidados estandarizado (con metodología NANDA, NIC, NOC) para pacientes con esta patología.

Resultados

• Descripción de las características de la enfermedad:

El Pioderma Gangrenoso (PG) es una dermatosis ulcerativa crónica de probable etiología inmunitaria. En el 50% de los casos se relaciona con enfermedades sistémicas; las más frecuentes son las enfermedades inflamatorias del intestino, la artritis inflamatoria, discrasias sanguíneas y otras dermatosis neutrofílicas.

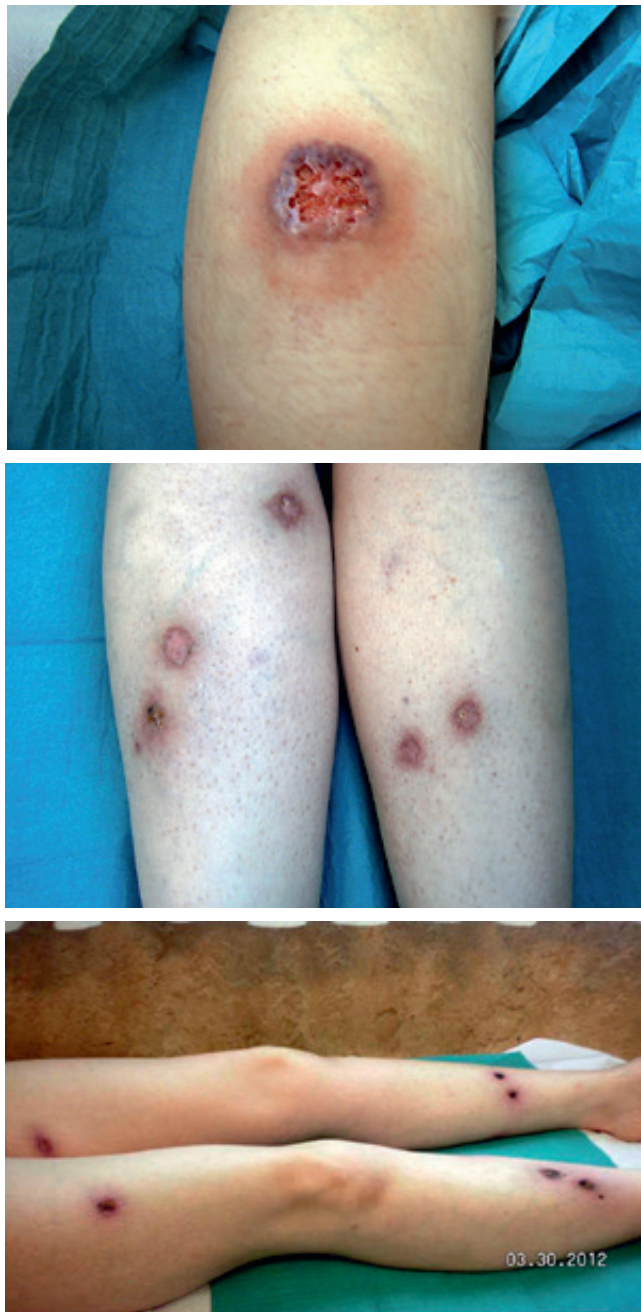
Se manifiesta con pústulas únicas o múltiples, que evolucionan a nódulos dolorosos que se ulceran, dando lugar a úlceras socavadas de crecimiento progresivo,

con fondo necrótico y borde sobreelevado violáceo rodeado de un halo eritematoso (Figuras 1-4).



Figuras 1-4.

Puede aparecer en cualquier parte del cuerpo (Figuras 5-7), pero se localizan principalmente en las piernas, glúteos, abdomen y brazos, pudiendo presentarse de forma espontánea o en zonas que han sufrido pequeños traumatismos o cirugía (fenómeno de patergia).



Figuras 5-7.

El tratamiento de elección son los esteroides tópicos sistémicos⁽²⁾ y la ciclosporina; en casos resistentes, se utiliza la asociación con inmunomoduladores.

El objetivo del tratamiento⁽³⁾ consiste en reducir el proceso inflamatorio, controlar la enfermedad

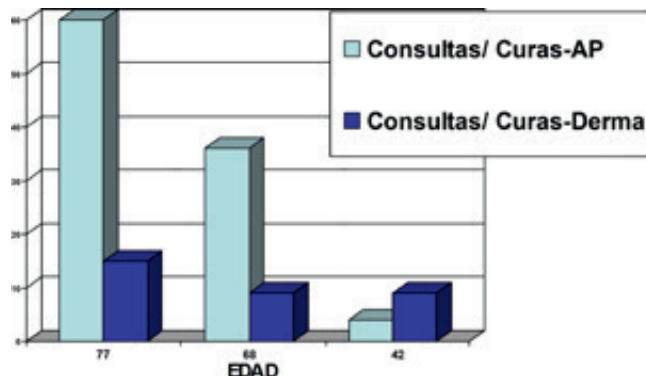
subyacente, reducir el dolor y cuidados de la herida para favorecer la curación con mínimos efectos adversos (Figuras 8-10).



Figuras 8-10.

Desde enero de 2011 a mayo de 2012 se diagnosticaron 6 casos de Pioderma gangrenoso en nuestro servicio y 3 se derivaron a consulta de enfermería dermatológica.

Presentamos el número de consultas/curas que necesitó cada uno en AP hasta su diagnóstico y en Dermatología hasta resolver su problema de salud.



En el ámbito de enfermería, es determinante la identificación precoz de las lesiones, puesto que de lo contrario, el tratamiento que se establezca, con toda seguridad será ineficaz; por ello es vital realizar una adecuada valoración de enfermería, como base para el plan de cuidados^(4,5). Se emplean las taxonomías NANDA, NIC y NOC por ser las de uso más extendido y mayor nivel de consenso.

Los objetivos del plan de cuidados serán:

1. Valorar las características de la enfermedad en cada paciente
2. Facilitar el diagnóstico y tratamiento precoz.
3. Informar al paciente sobre su patología.
4. Implicar al paciente ó a su familia en el cumplimiento del tratamiento y en su cuidado.
5. Identificar situaciones adversas que se puedan presentar y que requieren modificaciones ó interrupciones del tratamiento.

Diagnósticos enfermeros (NANDA)

- 00046- Deterioro de la Integridad Cutánea
- 00132- Dolor
- 00004- Riesgo de Infección
- 00118- Trastorno de la Imagen Corporal
- 00146- Ansiedad
- 00126- Conocimientos Deficientes
- 00047- Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea
- 00182- Disposición para mejorar el autocuidado

Objetivos (NOC)

- 1102- Curación de las heridas
- 1605- Control del dolor
- 1902- Control del riesgo
- 1402- Control de la ansiedad
- 1805- Conocimiento de la enfermedad
- 1205- Autoestima
- 2000- Calidad de vida

Intervenciones (NIC)

- 3660- Cuidados de las heridas
- 1400- Manejo del dolor
- 6540- Control de infecciones
- 3584- Cuidados de la piel
- 6610- Identificación de riesgos
- 5820- Disminución de la ansiedad
- 5510- Educación sanitaria
- 5602- Enseñanza del proceso/ 5616- Enseñanza: medicamentos...
- 480- Facilitar la responsabilidad /1800- Ayuda al autocuidado
- 5270- Apoyo emocional
- 5400- Potenciación de la autoestima / 5220- Imagen

Conclusiones

El diagnóstico precoz y un tratamiento sistémico adecuado a su proceso es fundamental en estos pacientes, para el control de la enfermedad y evitar la cronicidad y recidiva de las úlceras.

Con un correcto diagnóstico y el plan de cuidados adecuado, podemos lograr buenos resultados en el tratamiento de este tipo de lesiones (Figuras 11).

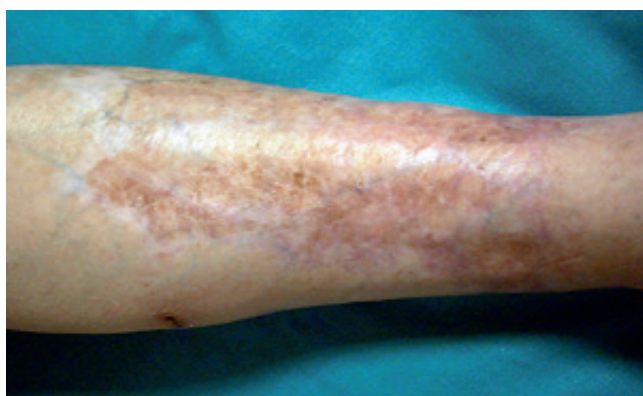


Figura 11.

Cuando tenemos problemas con alguna lesión, que a pesar de estar recibiendo nuestros cuidados teóricamente adecuados, no mejore, o incluso empeore, debemos sospechar la posibilidad de la existencia de otras patologías ⁽³⁾ que dificulten la buena evolución de la lesión dermatológica.

Bibliografía

1. Wolff K, Johnson RA Fitzpatrick. Atlas en color y Síntesis de Dermatología Clínica. 6ª Edición. Editorial Médica Panamericana S.A. 2010 (Pág.156-158).
2. Ferrándiz-Pulido C, García-Patos Briones V. La dermatología en la práctica diaria Pioderma gangrenoso. Diagnóstico y tratamiento. Piel. 2008;23(1):24-9
3. Palomar-Llatas F. Tesis doctoral. "Evolución de la cura tópica en úlceras y heridas con diferentes tratamientos. Estudio comparativo de casos clínicos". Disponible en: <https://www.educacion.es/teseo/mostrarRef.do?ref=898119>.
4. Mota López P, Carretero Hernández G., Manual de la consulta de enfermería dermatológica. Wyeth Farma 2007
5. Nanda. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación. Barcelona, Elsevier España 2010

Una vida dedicada a las úlceras.

REFLEXIONES SOBRE LA PROFESIÓN ENFERMERA TRAS CUARENTA AÑOS DE EJERCICIO

Autor:

Villar-Rojas, A.E.

Enfermero. Sevilla

Dirección de contacto: aevillar@orange.es

Dedicatoria

A Manoli, mi esposa y compañera, enfermera y matrona que tanto me ha dado durante todos estos años que estamos compartiendo; a mis cuatro hijos por los sinsabores que han sufrido con la dedicación al trabajo de su padre y una dedicación especial a Álvaro el más pequeño que, por vocación, escogió la profesión enfermera, por todo lo que hemos compartido desde que terminó la carrera, en especial en estos dos últimos años que me ha acompañado en mi trabajo diario.

Esta publicación tiene su origen en la Conferencia de Clausura de las IV Jornadas Multidisciplinares Andaluzas de UPP y HC celebradas en septiembre de 2013 en la Línea de la Concepción.

Prólogo

En 1970, con 20 años inicié mi formación profesional en el hospital de las Cinco Llagas (**Foto 1**), lo que casi supone “una premonición”, para un profesional que ha dedicado toda su vida a las úlceras y heridas.



Foto 1. Hospital de las Cinco Llagas.

Como reseña histórica de este lugar que tanto ha marcado mi evolución como enfermero, decir que su construcción se inició en 1546 inaugurándose, aún sin terminar en 1558. La planta del edificio es rectangular, de 173 metros de fachada y 156 de fondo; fue el edificio

en planta más grande de España hasta la construcción de El Escorial. El espacio interior se organiza en torno a diez patios, de los que sólo se llegaron a cerrar nueve y actualmente se conservan ocho. Los patios y las amplias galerías garantizan la ventilación exterior, según el modelo de hospital renacentista; el hospital estaba compuesto por dos plantas, situándose en ellas las distintas salas que albergaban a los pacientes, estas eran muy grandes con capacidad para muchísimos pacientes.

Durante doscientos años fue el hospital más grande construido en Europa, tenía una capacidad para tres mil camas. El edificio funcionó como hospital hasta el año 1972. Tras años de abandono, en 1986 se redactan los proyectos para su conversión en la sede del Parlamento de Andalucía, inaugurándose en 1992.

Por estos patios y enormes pasillos paseamos nuestras ilusiones, expectativas y proyectos de futuro, formándonos y desarrollándonos como futuros enfermeros. (**Foto 2**)



Foto 2. Pasillos y Patios del Hospital de las Cinco Llagas.

Los estudiantes éramos los que llevábamos el peso de los cuidados en las distintas salas, en tres turnos al día; atendíamos todas las necesidades de los pacientes, desde el baño y aseo, hasta inyectables, sondajes, vendajes, curas, inmovilizaciones y todos aquellos cuidados y ayudas que requiriese el paciente; nos sentábamos junto a ellos, hablábamos, consolábamos, cogíamos y sosteníamos sus manos, secábamos su sudor, acompañábamos en ausencia de familiares, (solían habitar en pueblos de la provincia y existían en aquella época, grandes dificultades para desplazarse al hospital).

Éramos muy jóvenes, se accedía a la carrera con sólo dieciséis años, pero con una enorme ilusión por ayudar a los demás; nos enseñaron no solo a hacer correctamente una cama, remeter las sábanas doblando los picos de una forma determinada, a lavar y asear; aprendimos también las técnicas y procedimientos para curar, aplicar medicación, sondar etc; pero sobre todo, fuimos instruidos **en cuidados**, en la importancia de preguntar, acompañar y escuchar a nuestros pacientes, sus dudas, problemas y necesidades; siempre encontrábamos un momento, un instante para sentarnos en la cama o dedicarle una palabra, una sonrisa o un gesto que le diera ánimos y pudiera consolarle; en definitiva en proporcionar cuidados dignos e integrales.

En estas salas conocí a la “*mosca de la muerte*”, era ésta, una mosca que revoloteaba sobre el moribundo de una forma muy peculiar y que en realidad, nos avisaba de la posible inmediatez del *exitus*. Cuando se daba esta circunstancia, colocábamos mamparas, si estaban solos, nos sentábamos junto a la cabecera, le acompañábamos, cogíamos su mano, le hablábamos, le hacíamos sentir nuestra presencia. (Foto 3)



Foto 3. Módulo de Hospitalización del Hospital de las Cinco Llagas.

En este mismo hospital estudió mi esposa, ella vivió y conoció mis mismas experiencias y siente esta profesión con la misma intensidad que yo mismo. Me ha acompañado durante toda mi vida profesional animándome en todo momento y soportando horas y horas, días y días, muchos fines de semana esperando mi llegada porque hubiera ido a curar o atender a mis pacientes. Muchos meses de verano recibiendo en nuestro piso de la playa a pacientes a los que seguía atendiendo durante mis vacaciones.

Me acuso de ser ATS y confieso que convalidé mi título por la UNED, pero en mi descargo, decir que tanto yo como cientos de compañer@s en Sevilla y muchos miles por todo el país, nos manifestamos muchas veces por las calles de nuestras ciudades, nos encerramos en los trabajos y colegios profesionales y luchamos en muchos foros, para conseguir avanzar en esta profesión. La actual promoción de la carrera, el grado, nos viene dado por el acuerdo de Bolonia; la profesión desgraciadamente no se está moviendo de manera significativa, desde hace demasiados años.

En esa convalidación de la titulación enfermera, me enseñaron nuevos conceptos, me hablaban de FUNCIONES, me decían que había unas que eran PROPIAS y otras delegadas, me costó admitir el concepto de que poner una inyección, una extracción de sangre, un sondaje etc. fuesen funciones que venían delegadas, que las nuestras eran las de cuidar, consolar, acompañar a nuestros pacientes, que nos debíamos a ellos y a sus familiares, que somos los **responsables de todos** sus cuidados.

Desde hace muchos años me pregunto que ha pasado con nuestras funciones propias en los cuidados y concretamente en los cuidados de la piel, hecho en falta la entrega y la dedicación de la enfermera. Nuestras actuaciones se dirigen al paciente que es totalmente vulnerable ante las decisiones que tomamos sobre sus cuidados.

En los cuidados relacionados con las UPP, lo más importante con diferencia, son todos los relacionados con los cuidados de la piel encaminados a evitar la pérdida de la integridad cutánea ya sea por presión, fricción, cizalla o por humedad.

De las decisiones que tome la enfermera en cuanto a cambios posturales, vigilancia de la piel, hidratación, aplicación de ácidos grasos y de su atención especial a las zonas de mayor riesgo, va a depender y mucho, la

presencia de efectos adversos sobre la piel, que pueden desencadenar lesiones, pudiendo estas llegar a afectar a la propia vida del paciente. (Foto 4)



Foto 4. Úlcera por Presión Cavitada.

Sabiendo y conociendo la enfermera la posibilidad de estos efectos adversos y siendo los cuidados, en este caso que desarrollamos, cuidados de la piel, una función propia de la enfermera, la delegamos generalmente en la auxiliar de enfermería. Los carros que manejan las auxiliares para la higiene y aseo de pacientes, además de sábanas, toallas etc. llevan, en muchos casos, productos específicos para prevención y cura, como pueden ser, apósitos, pomadas enzimáticas, ácidos grasos etc. (Foto 5)



Foto 5. Productos en carro de higiene.

Estos productos, en muchas ocasiones, se le acaban aplicando a los pacientes por rutina y sin los conocimientos de enfermería necesarios; realmente, estamos dejando en manos del personal auxiliar, la responsabi-

dad del diagnóstico de lesiones dérmicas, que podrían ser UPP de estadio I o dermatitis, celulitis o erisipela; asimismo es muy habitual que también tengan que retirar apósitos y adhesivos, que no siempre se realiza con las debidas precauciones, pudiendo provocar en consecuencia, otras lesiones en la piel; lógicamente estas profesionales no están preparadas, ni autorizadas para esta toma de decisiones, siendo por tanto la responsabilidad de todos estos posibles efectos adversos, exclusivamente de la enfermera que las delega.

No podemos perder de vista que en muchas ocasiones estas lesiones de la piel, úlceras en estadio 1 o úlceras por humedad, acaban en grandes úlceras que afectan a la dignidad del paciente y familia, que se infectan y muchas de ellas pueden dar lugar a cuadros sépticos que pueden ocasionar el fallecimiento del paciente. (Foto 6)



Foto 6. Úlcera Séptica.

No es de recibo que se siga cuestionando la valoración del paciente al ingreso por parte de la enfermera, aunque se aleguen problemas de tiempo para esa valoración del paciente que ingresa y al que debemos proporcionar nuestros cuidados. ¿Cómo podemos prevenir o cuidar algo que desconocemos?; si no valoramos al paciente, como vamos a poder identificar si existen problemas de salud que le sitúen en riesgo de padecer UPPs.

Abundando en los cuidados y la seguridad del paciente, hemos de ser conscientes de que estamos aumentando su vulnerabilidad, con una mayor exposición estando cada vez más expuesto ante nuestros actos profesionales. Me gustaría hacer una reflexión sobre cómo se emplean, en el equipo de enfermería, los guantes para nuestro trabajo diario. Desde mi época de

estudiante hasta muy avanzados los años ochenta, los guantes nos los poníamos los sanitarios para defender al paciente de una posible contaminación de nuestras manos. A finales de los ochenta y tras la aparición del SIDA, se comenzaron a utilizar por los profesionales, como *medidas de prevención universal* (medidas que teníamos que emplear con todos los pacientes); a partir de este momento, cambia nuestra filosofía, todos los pacientes son potencialmente peligrosos de contagiar al personal sanitario, por lo que tenemos que emplear medidas de protección y una de las más empleadas es el uso de guantes en todas las actividades.

La pregunta es obvia: ¿Hace el equipo de enfermería, un buen uso de los guantes?

Mi experiencia me dice que tanto auxiliares como enfermeras, mayoritariamente los están utilizando para su exclusiva protección, no se suele valorar la posible contaminación de los pacientes; en algunos casos pudiendo ser constitutivos de mala praxis; sirvan dos ejemplos:

En el caso de la auxiliares, cuando se realiza la higiene y el baño del paciente por las mañanas, se ponen un par de guantes al inicio de la higiene, con el que retiran los pañales sucios, limpian restos de orina y heces, pasando directamente al aseo y lavado general del paciente; no se suelen cambiar de guantes en cada cambio de actividad; por lo que con esos guantes **sucios**, limpian y secan, aplican **ácidos grasos** (frasco de gran tamaño que comparten todos los pacientes y que deberían ser adquiridos por la administración en frascos pequeños para uso individual); se retiran las sábanas sucias y colocan las nuevas limpias, con esos mismos guantes con los que se comenzó el aseo del paciente, y en ocasiones (aunque esto es menos frecuente), se continúa con los mismos guantes atendiendo al resto de pacientes de la habitación.

En cuanto a las enfermeras, y esto sucede tanto en primaria, como en hospital, cuando se inicia una cura, se colocan los guantes, se retira el apósito del día anterior, se limpia la herida y con los mismos guantes, que suelen ser de un solo uso, se coge del carro de curas o del maletín los sobres de gasas, apósitos y cualquier otro producto o dispositivo que se precise para la cura, **tocando todo el material que está en el carro de cura o en el maletín**; esta maniobra, se realiza en todas las curas que se tengan en el día; con esta actuación, estamos exponiendo a los pacientes a

importantes riesgos, tanto para la correcta evolución de las heridas, como para su salud en general; hemos de tener en cuenta que la enfermera debe actuar bajo un permanente desafío ético, ya que todas nuestras actividades diarias, se dirigen a un ser humano en el que se van a plasmar las consecuencias de nuestros actos y decisiones. Como consecuencia de este mal uso de los guantes por el equipo de enfermería, cada vez son más frecuente las infecciones nosocomiales, con el resultado para la salud y el bienestar del paciente que todos conocemos, aislamientos, administración de antibióticos, empeoramiento de las lesiones, etc; que en ocasiones pueden llegar a ocasionar cuadros sépticos e incluso su fallecimiento.

Concluyo con un ruego:

La enfermera tiene que luchar, individualmente y en grupo, a diario, por sus funciones propias, pero no solo la enfermera asistencial, las direcciones de Enfermería han de mostrar una mayor implicación en los cuidados enfermeros, entre otras, es fundamental recuperar a las supervisoras gestoras de cuidados, la mayoría de las actuales tienen asignadas demasiadas tareas de tipo administrativo, relegando la gestión de los cuidados administrados a los pacientes.



Antonio Villar Rojas

Recomendando App Salud a profesionales.

Autor:

Arantón-Areosa Luis

Enfermero. Servicio Galego de Saúde
Máster en Deterioro de la Integridad Cutánea, Úlceras y Heridas

Correspondencia: luaranton@gmail.com

Estimad@s compañer@s

Seguimos recomendando diversas App de utilidad sanitaria para dispositivos móviles (**smartphones** y **tabletas digitales**), que pueden facilitarnos diversos aspectos de nuestro trabajo y que en muchos casos acaban siendo un complemento asistencial que contribuyen a la valoración y tratamiento de diversos aspectos o patologías. También abundan las App relacionadas con problemas de salud, pero dirigidas a pacientes.

Como estas App crecen en número y aplicabilidades de una manera exponencial, resulta muy interesante que existan organizaciones oficiales que se encarguen de analizar y acreditar sus características y posibilidades, contribuyendo así, a que podamos tener mayor seguridad a la hora de tomar, o no, la decisión de utilizarlas.

En este sentido, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, está desarrollando un novedoso proyecto: “**Catálogo de aplicaciones móviles de salud**”, por el cual reconoce con el distintivo “**AppSaludable**” a aquellas aplicaciones de salud que cumplen una serie de recomendaciones de calidad y seguridad y que, por tanto, pueden ser utilizadas por la ciudadanía (o por los profesionales), de forma fiable. <http://www.calidadappsalud.com/distintivo/catalogo> (Imagen 1).



Imagen 1.- **Catálogo de aplicaciones móviles de salud**
<http://www.calidadappsalud.com/distintivo/catalogo>

Universal Doctor Speaker (Imagen 2) es una de las aplicaciones no gratuitas (de pago), que pueden resultarnos extremadamente útiles en el ámbito asistencial, y que está disponible tanto para dispositivos iOS, como Android:

<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.drspeaker>

<https://itunes.apple.com/es/app/universal-doctor-speaker-traductor/id389202856?mt=8>

Esta App que pretende derribar las barreras idiomáticas en la práctica clínica asistencial; funcionando como traductor para cuestiones relacionadas con motivos de salud, desde una perspectiva de visita clínica, historial clínico, tratamiento habitual, síntomas, diagnóstico y tratamiento, pudiendo incluso incorporar la receta de tratamiento correspondiente en los idiomas: inglés, árabe, catalán, chino, francés, alemán, japonés, polaco, portugués, rumano, ruso, italiano y español. Incorpora archivos de audio que facilitan la comprensión con los pacientes, independientemente del idioma que hable cada uno.



Imagen 2.- **Universal Doctor Speaker**

<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.drspeaker>
<https://itunes.apple.com/es/app/universal-doctor-speaker-traductor/id389202856?mt=8>



Imagen 3.- Nurse Test

<https://itunes.apple.com/us/app/nurse-test/id834844460?l=es&mt=8>

<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.redebersalud.nursetest>

Nurse Test (Imagen 3) es una aplicación también de pago, que incluye multitud de test y cuestionarios de aplicación sanitaria, permitiendo hacer seguimiento de los pacientes, guardar datos y documentación en la misma App, así como generar documentos en Pdf para imprimir o incluir en la historia clínica.

Está disponible para todo tipo de dispositivos, en los siguientes enlaces:

iOS: <https://itunes.apple.com/us/app/nurse-test/id834844460?l=es&mt=8>

Android: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.redebersalud.nursetest>

Nurse Test permite la función de búsqueda (Imagen 4), pero también acceder a un listado de guías de práctica clínica y a todas sus recomendaciones, incluyendo enlaces para descargar diferentes versiones (completa, resumida, información para pacientes, guías rápidas y material metodológico); a su vez, incorpora enlaces a los perfiles y a canales que GuíaSalud tiene en Twitter, YouTube (videos) o Slideshare (presentaciones).

Nurse Test calcula automáticamente el resultado de cada cuestionario indicando a qué equivale cada cifra, lo guarda en una ficha individual con los datos de cada paciente, que se puede imprimir posteriormente para la Historia Clínica (Imagen 5).

Pretende ser una aplicación útil, por lo que solo incluye cuestionarios seleccionados en base a criterios de validez, fiabilidad y sensibilidad, para su uso en distintos niveles asistenciales (atención primaria, atención hos-

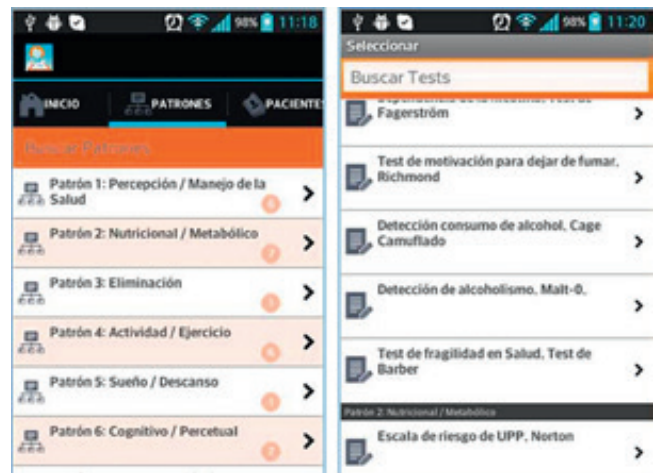


Imagen 4.- Nurse Test

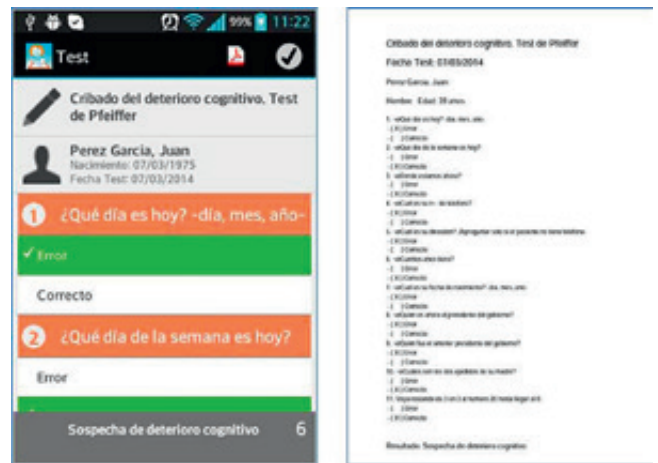


Imagen 5.- Nurse Test

pitalaria, atención sociosanitaria, salud mental), tratando de facilitar la continuidad asistencial entre niveles. Y de mejorar la atención a nuestros pacientes.

Incluye las siguientes escalas:

- Test de salud neonatal. APGAR
- Dependencia de la nicotina. Test de Fagerström
- Test de motivación para dejar de fumar. Richmond
- Detección consumo de alcohol. Cage Camuflado
- Detección de alcoholismo. Malt-0.
- Escala de riesgo de UPP. Norton
- Anorexia bulimia. Scoff
- Riesgo Nutricional. Conozca su salud nutricional
- Escala de riesgo de UPP. Braden
- Escala de riesgo de UPP. Emina
- Clasificación úlceras vasculares. Wagner
- Escalas de evaluación del estado Nutricional.MNA
- Cuestionario de riesgo de caídas en hospital. Morse
- Escala de disnea. MRC modificada
- Clasificación funcional de la New York Heart Association (NYHA) para la insuficiencia cardiaca congestiva
- Escala de riesgo de caídas múltiples
- Escala de actividad. Karnofsky

- Cribado de demencias. Test del Informador
- Escala de coma de Glasgow
- Test de recuperación post-anestésica. Aldrete
- Escala de nivel de sedación. Ramsay
- Cribado del deterioro cognitivo. Test de Pfeiffer
- Test de recuperación post-anestésica en cirugía ambulatoria. Aldrete revisado
- Escala de valoración del dolor en neonatología
- Escala de depresión Geriátrica. Test de Yesavage V15
- Escala de depresión Geriátrica. Test de Yesavage V5
- Test de cribado para trastornos de la alimentación. Scoff
- Escala de evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes. EEICA
- Escala de riesgo suicida de Plutchick
- Escala de ansiedad de Hamilton
- Percepción de la función familiar. Cuestionario Apgar familiar
- Cuestionario Duke-Unc
- Riesgo Social. Escala de valoración sociofamiliar
- Escala de sobrecarga del cuidador. Zarit
- Índice de esfuerzo del cuidador
- Índice internacional de función eréctil
- Escala de desesperanza de Beck
- Escala de manías de Young
- Autonomía para las actividades de la Vida Diaria. Barthel modificada por Granger
- Cuestionario de Oviedo del sueño
- Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF
- Test de fragilidad en Salud. Test de BarberDesde Derm@red

Scanbot (Imagen 6) es otra excelente aplicación también de pago, que permite escanear documentos o imágenes con el móvil en alta calidad (Imagen 7), a formato PDF o JPG, para enviarlos por correo o subir a la nube.

Está disponible tanto para dispositivos iOS, como Android:

<https://play.google.com/store/apps/details?id=net.doo.snap>
<https://itunes.apple.com/es/app/scanbot-escaner-pdf-multi-pagina/id834854351?mt=8>

Entre sus principales virtudes, destacar que puede escanear PDFs en alta calidad (200 ppp), que permite su integración en la nube, pudiendo además, escanear documentos de varias páginas, en color y en alta calidad a alta velocidad.

Scanbot detecta los bordes de los documentos de forma automática para que solo se escanee el documento concreto. En modo automático, captura la mejor imagen posible en el momento adecuado para conseguir la mejor calidad posible. Puede escanear cualquier tipo de documento, tarjetas de visita, recibos, facturas, carteles o artículos periodísticos.

Los documentos escaneados se pueden enviar por correo, imprimirlos, o subirlos a una unidad de la nube compatible (Google Drive, Box, Dropbox, Evernote,

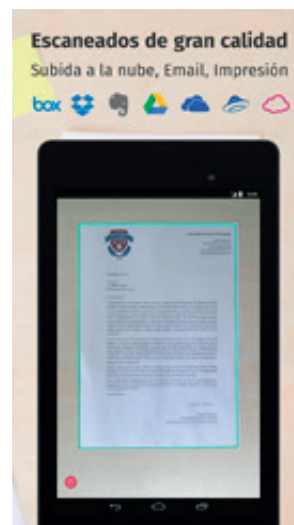


Imagen 6.- Scanbot

<https://play.google.com/store/apps/details?id=net.doo.snap>
<https://itunes.apple.com/es/app/scanbot-escaner-pdf-multi-pagina/id834854351?mt=8>



Imágenes 7 y 8.- Scanbot

Cloud...); si activamos la función de subida automática (Imagen 8), Scanbot guarda automáticamente los documentos escaneados en el servicio de nube que hayamos configurado. En definitiva, una App que promete ser imprescindible.

Seguiremos atentos a este tipo de iniciativas, que contribuyen a facilitarnos el trabajo.

@@@@@@@@

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

Gracias por estar ahí.