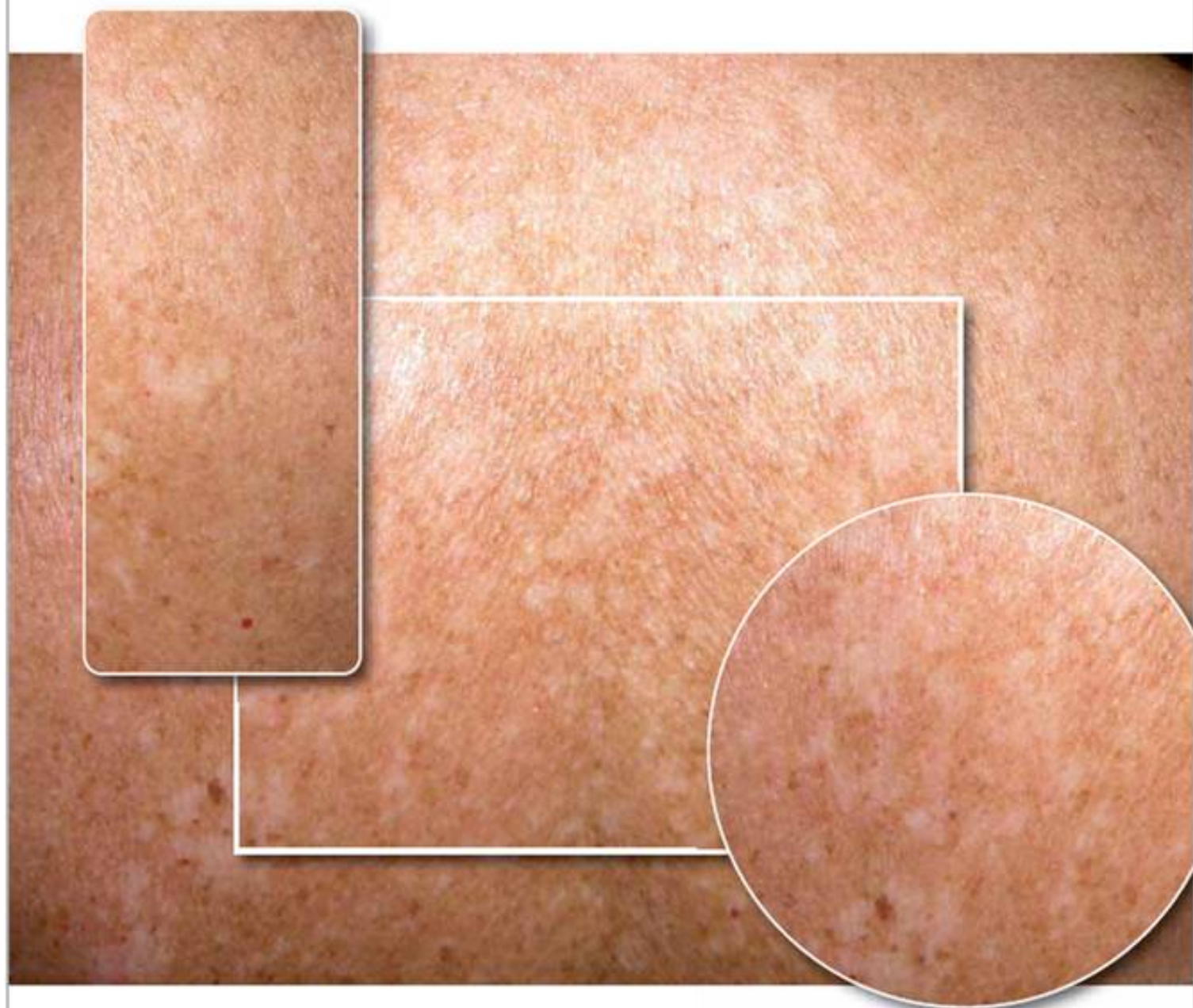


ENFERMERÍA
dermatológica
ANEDIDIC
www.anedidic.org



número **08**
año 3 • septiembre-diciembre 2009

Manejo de la infección en úlceras de extremidad inferior

Federico Palomar Llatas

Coordinador Unidad de Enfermería Dermatológica, úlceras y heridas. Consorcio Hospital general Universitario de Valencia.
Director Máster Oficial Deterioro de la Integridad Cutánea, Úlceras y heridas. Universidad Católica de Valencia. fedpalla@telefonica.net

La piel constituye nuestra cubierta externa y es una barrera protectora entre nosotros y el medio ambiente, cumpliendo diversas funciones una de las que nos atañen en este tema es la de formar una barrera frente a microorganismos infecciosos, gracias a su pH que actúa como bactericida.

El Deterioro de la Integridad cutánea, puede aparecer por distintas causas y una de ellas de origen externo son las infecciones. Estas producidas por gérmenes de distinta etiología, afectaran al hombre o huésped dependiendo de la patogenidad según el daño causado, de la virulencia que es la capacidad de hacer frente al sistema inmunitario del huésped. Las variaciones cuantitativas y cualitativas de la flora bacteriana estarán relacionadas directamente con las diferentes regiones de la piel a que hagan referencia.

Cuando los microorganismos sobrepasan la contaminación pseudofisiológica orgánica, están en fase de multiplicarse y la resistencia del huésped todavía es superior a la patogenia bacteriana, hablaremos de colonización.

Cuando esta colonización o carga bacteriana va a favorecer una inflamación persistente, liberando enzimas y toxinas con efectos negativos en el proceso de cicatrización y pueden favorecer la progresión rápida hacia la infección presentando resistencia y una pérdida del equilibrio de las defensas del huésped, hablaremos de colonización crítica, presentando los signos de aumento de exudado, mal olor y presencia de biofilm bacteriano (pluribacteriano) en el lecho de las lesiones.

Por tanto infección será aquella donde los microorganismos superan las defensas del huésped, llegando a producir alteraciones patógenas al organismo y las Unidades Formadoras de Colonias (UFC) superan las 100.000 colonias/gr. tejido, presentando los signos de calor, eritema (rubor), dolor, olor, se las denomina infección y si esta presenta mal estado general, leucocitosis, hipertermia, nos encontraremos ante un cuadro de sepsia generalizada. En la tabla adjunta, se reflejan los microorganismos mas frecuentes según cultivos y encontrados rutinariamente en el trabajo asistencial.

En muchas ocasiones en úlceras crónicas de origen venoso, lesiones muy recidivantes y con un alto índice de colonización nos encontramos con el denominado biofilm bacteriano (foto 1 y 2), que son unas comunidades microbianas adheridas al lecho de la herida y revestidas por un conjunto mucoso de componentes desde fibrina, desechos celulares, agua proteínicas, exopolisacáridos. Dificultando la fagocitosis, la acción de los antimicrobianos, de los antibióticos y presentando signos perilesionales como lecho de la lesión de color verde/grisáceo, aumento del exudado, tejido friable, lesiones satélites, maceración (foto 3).

Genesis de la infección

Según Fehrenbach, la enfermedad o infección depende del microorganismo y del macroorganismo que se enfrentan y que va desde las enzimas bacterianas que producen procesos destructores en la membrana celular, las toxinas citolíticas de algunos microorganismos y que por ello el organismo comienza a desarrollar unos procesos como la inflamación con un aumento de la permeabilidad en vénulas poscapilares y en capilares, con una adherencia y agregación de las plaquetas, entrando en juego la fagocitosis de los granulocitos, tras ellos comienzan los monocitos madurándose (foto 4) y convirtiéndose en macrófagos¹. En este complejo mundo sobre la infección no solamente existe la interrelación entre los microorganismo y la propia función inmunológica del paciente, sino que en ella pueden intervenir factores como el mal cuidado de las heridas con la utilización de antisépticos o antibióticos tópicos imprudentemente o inadecuados e incluso hasta el mismo tipo de cura que realicemos (foto 5), tanto con una mala praxis sin las adecuadas medidas de asepsia, como por el apósito que podamos optar para la cura tópica. Muchos estudios muestran que más del 80% de las úlceras de la pierna están contaminadas por bacterias, que un 50% de la mortalidad en pacientes con UPP es debida a una bacteriemia y que un 59% de amputaciones en pie diabético se deben a infecciones².

La mala evolución de una úlcera, con cicatrización retrasada, aumento del exudado, lecho grisáceo o verdoso (biofilm bacteriano), aumento del dolor, alteración del tejido de granulación (friable), debe ser causa de revisión del tratamiento, evaluándose mediante un diagnóstico microbiológico mediante cultivos cuantitativos considerando la biopsia, la técnica de referencia no suele realizar en la práctica, aunque el cultivo por punción/aspiración es más fácil e igualmente de efectivo.

El diagnóstico mediante cultivos cualitativos por frotis con torunda, son más sencillos y baratos, aunque no se recomienda por detectar sólo contaminantes de superficie (foto 6).

Factores a tener en cuenta relacionados con la infección: edad, ciertas patologías, mala nutrición, stress, tabaco, alcoholismo y ciertos fármacos.

Dentro de las infecciones que podemos encontrarnos en MMII nos encontramos con la más clásica y principalmente en el pie neuropático y es la celulitis (foto 7), que es una inflamación del tejido celular subcutáneo, generalmente por el Streptococo A y el S. Aureus y secundario a una herida o úlcera, linfedema o a una insuficiencia venosa. La clínica que presenta es región edematizada y con una infiltración dolorosa, calor, eritema con bordes no definidos y no sobreelevados. Teniendo como

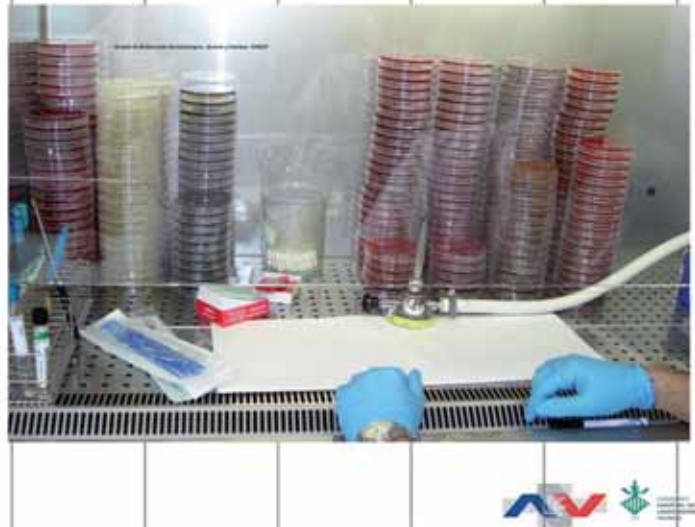
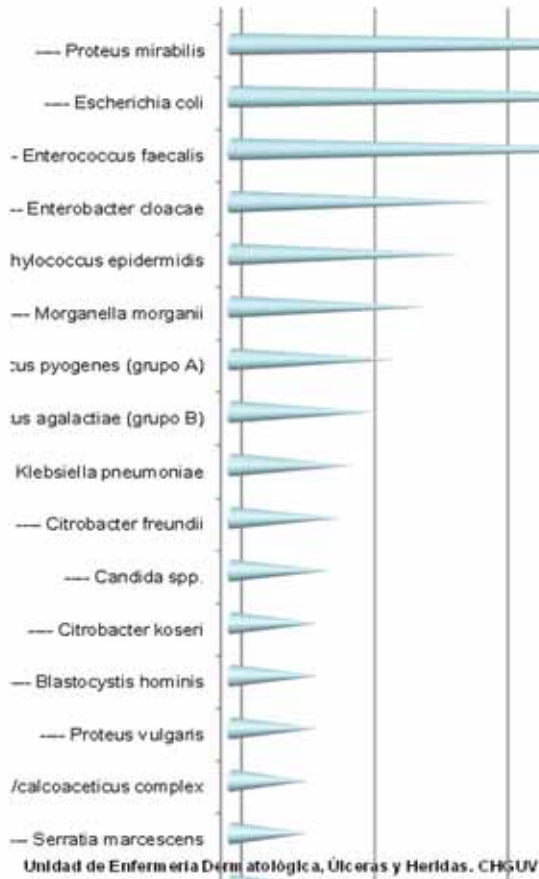
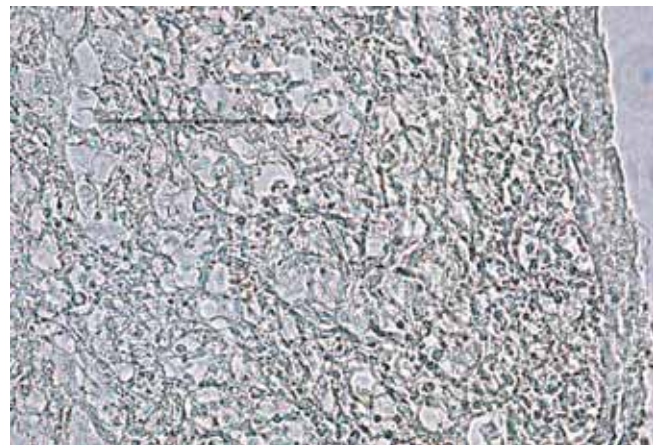
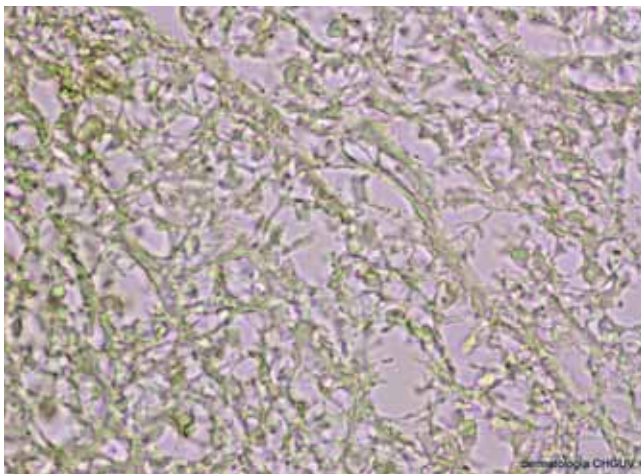


Tabla microorganismos en un muestreo de 600 pacientes/año.



Fotos 1. Histología biofilm bacteriano.



Foto 2. Biofilm bacteriano.



Foto 3. Signos característicos del biofil bacteriano.

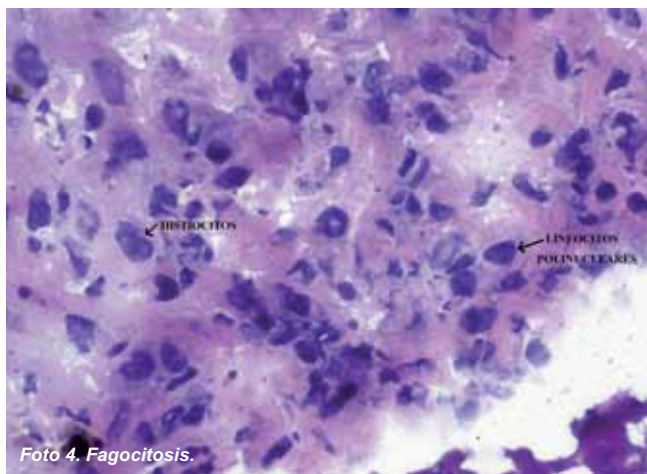
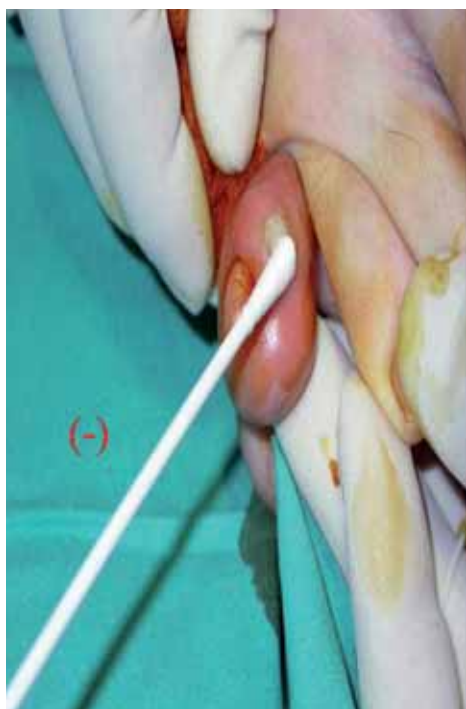


Foto 4. Fagocitosis.



Foto 5.



Fotos 6. Toma de cultivos.

complicación la aparición de abscesos, linfangitis, fascitis necrosante y sepsis generalizada.

La fascitis necrosante, como su nombre indica afecta a la fascia subcutánea, presentando crepitación, eritema violáceo, edema, dolor y una rápida y extensa necrosis. Su comienzo es brusco y de alto riesgo para el paciente (foto 8).

Otra infección es la erisipela, que es una infección de la dermis y del tejido subcutáneo, con intensa afectación de los vasos linfáticos superficiales, causada principalmente por el estreptococo β -hemolítico del grupo A (foto 9).

La linfangitis que es una inflamación de los vasos linfáticos subcutáneos que generalmente comienza a través de una puerta de entrada (herida, catéter...) en una extremidad y que se caracteriza por la aparición de una franja lineal eritematosa, caliente y dolorosa, que sigue el trayecto del vaso linfático desde la puerta de entrada hasta el ganglio regional correspondiente, que también es doloroso y suele estar aumentado de tamaño (foto 10).

Infección más moderada sería la ectima, que es la aparición de una flictena contaminada principalmente por *S. Pyogenes* o el *S. aureus*. Su aparición suele ser en MMII y en glúteos, una vez seca la flictena se forma una costra que al retirar nos encontramos con una ulceración más o menos profunda y con un tejido fibrinoso. Se manifiesta con una úlcera dolorosa, de contornos irregulares.

Tratamiento ante las infecciones locales

- Suelen estar colonizadas, no infectadas y son una policolonización.
- Un buen desbridamiento de tejido necrosado puede evitar la infección.
- Dejar un drenaje en la herida, si precisa por su contenido líquido.
- Desbridamiento quirúrgico del biofilm³.
- El cultivo se realizará por punción-aspiración o biopsia.
- Antibioticoterapia sistémica según determinación del cultivo.

Abordaje terapéutico de la infección (Antisépticos)

No sería correcto hablar de la utilización de los antisépticos en las heridas sino tenemos claro y suponemos que en este foro todos tenemos claros los conceptos de: Desinfectante, desinsectante, antiséptico, bactericida, bacteriostático y esterilización³.

Comentar que el uso de antibióticos tópicos en heridas, está contraindicado, por el elevado riesgo de incrementar las resistencias de los gérmenes a los antibióticos, pero es ésta, una de las pocas excepciones en que estaría justificado su uso (con carácter paliativo).



HARTMANN



ayuda a curar.

“Mi Combisensation”
para el tratamiento
de úlceras venosas

*Crea
tu combisensation*



Tratamiento de heridas

Terapia de compresión

Más información en www.es.hartmann.info
formacion.heridas@hartmann.info

Para conocer la potencia de un antiséptico se habla de su coeficiente. Como ejemplo, el coeficiente fenólico es un indicador o marcador de la potencia de los muchos derivados fenólicos que existen, frente a diversos microorganismos. El valor de este coeficiente puede ser diferente dependiendo del tipo de microorganismo⁴. Este método no tiene en cuenta la presencia de materia orgánica. El coeficiente no se puede aplicar a antisépticos de naturaleza química no fenólica. Estos inconvenientes son importantes y en la actualidad el coeficiente fenólico apenas se usa y no se puede utilizar para caracterizar a otros antisépticos no fenólicos de amplio uso clínico, como puede ser la solución de clorhexidina o los apósitos argénticos por ejemplo, no tiene función del microorganismo utilizado, por lo que su valor es limitado. El catálogo de especialidades 2006 del Consejo General de colegios oficiales de farmacéuticos, que es un texto de referencia, no menciona el uso del coeficiente fenólico.

¿Cómo debería ser el Antiséptico?

El continente de los antisépticos debe de ser pequeño, opaco, cerrado y mantenerlo en lugar fresco. Los antisépticos deben de tener una mínima inactivación si está en contacto con materia orgánica.

Cualquier fármaco químico es tóxico para la vida celular y en este caso los antisépticos no dejan de ser a su vez tóxicos, por ello los utilizamos frente a las bacterias y siempre buscaremos que su actividad sea lo más amplia posible frente a gram+ y gram-, virus, hongos, etc., y su efectividad debe ser rápida a partir de los 30" de su aplicación y persistente en el mayor tiempo posible.

No debemos hacer combinaciones de antisépticos, ni prolongarlo en tiempo en las curas, retirar siempre los restos con solución salina o agua destilada en heridas abiertas agudas o crónicas antes de aplicar pomadas o apósitos. La utilización de los antisépticos no debe de sobrepasar de las 72-96 horas.

Por último no utilizar antisépticos en lesiones si estas no presentan signos de colonización crítica o infección y en este último caso consultar con el facultativo por administrar vía sistémica el antibiótico idóneo según cultivo.

Control de la carga bacteriana y disminuir el riesgo de infección

La presencia de una colonia polimicrobiana importante en una lesión puede llegar a complicar la situación, poniendo en serio peligro no solamente este miembro inferior sino la propia vida del paciente.

En primer lugar antes de actuar debemos tener nuestras manos correctamente preparadas y desinfectadas al igual que el instrumental a utilizar.

La actuación será limpieza de la lesión para la retirada de detritus y exudado con solución salina, aplicación en fomento de un antiséptico (Clorhexidina) o Polihexanida el desbridamiento si procede y retirada de los restos del antiséptico con solución salina.

En segundo lugar procederemos al desbridamiento del tejido no viable e incluso del biofilm bacteriano, esto hace que ayudemos a eliminar la carga bacteriana (foto 11).

En estos casos la utilización de apósitos con plata, resultaría eficaz para inhibir y combatir la proliferación microbiana (fotos 12, 13 y 14). Tenemos gran variedad (iones de plata, plata metálica) en el mercado y variedad en el medio en que se presentan y que según las características de la lesión lo podremos utilizar en espumas, hidrofibras, alginatos, con carbón activo, en malla.



Foto 7.



Foto 8.



Foto 9.



Foto 10.

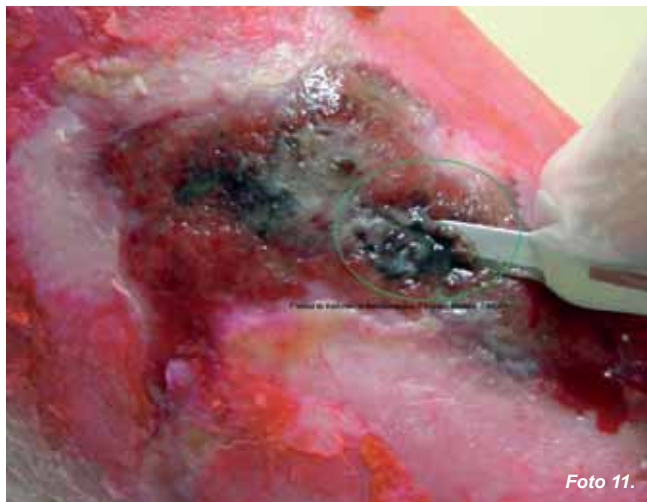


Foto 11.



Foto 12.



Foto 13.



Foto 14.

No solamente tendremos en cuenta la carga bacteriana, ya que son lesiones que presenta dolor y es uno de los síntomas de lesiones infectadas, como ejemplo más válido de todos es sabido que un pie neuropático, cuando el paciente refiere dolor es sinónimo de que ese pie tiene una infección, por lo tanto el alivio del dolor de estos pacientes viene automáticamente paralelo a la mejoría de la infección si ésta lleva un tratamiento adecuado.

A su vez también nos encontramos con olor son lesiones muy exudativas e incluso este exudado puede presentarse de aspecto purulento según su etiología, que puede conllevar a la agudización del olor, siendo este, denso, fuerte y desagradable. Por supuesto está contraindicada la pulverización de colonias u otros aromas en el habitáculo del paciente, no hace sino empeorar dicha situación.

La utilización de apósitos con carbón activado (productos específicos para el control del olor) hay que tener en cuenta que este olor es causa de una infección y para ello existen otros medios al igual que en el punto anterior, una vez se controla la infección disminuirá el exudado y el olor.

Por último el exudado en abundancia que nos encontramos en estas lesiones hace que los apósitos utilizados sean los adecuados y que actúen con una excelente gestión de los exudados, hará más confortable la vida al paciente; son lesiones altamente exudativas y que si controlamos el nivel de exudado, controlaremos el estado de la piel perilesional, evitando que se macere, irrite o escorie, lo que derivaría en un incremento del tamaño de la herida. Para ello utilizaremos productos barrera de diferente composiciones según características de esta piel, desde películas barrera siliconadas compuestas por una solución de polímeros (termopolímero acrílico), un plastificante (polifenil metilsiloxano) y un disolvente (hexametildisiloxano a cremas con óxido de zinc).

Dentro de este apartado, tendremos en cuenta que los apósitos y la oclusión de la herida, deben de ser lo menos aparatosos, voluminosos e incómodos para el paciente, haciendo que la actividad diaria del paciente sea lo más confortable posible. El tratamiento tópico ideal en estos casos, consiste en acortar el periodo entre el cambio de apósitos, ajustándolo a la frecuencia que se requiera en función de la gravedad de la lesión y de la saturación del apósito con el exudado.

Hay que tener especial cuidado con la contaminación cruzada (lavado de manos, guantes estériles), pues las complicaciones más comunes que nos encontramos serán las osteomielitis, sepsis generalizada, etc.

Bibliografía

1. Dermatología, Braun-Falco. plewing, Wolf. Winkelmann, ediciones Springer-Verlag Ibérica.
2. Dra. Brigitte Espirac. Una visión global en el tratamiento de la infección de heridas. Simposio: "El control de la infección en las heridas". Noviembre 2006 Zaragoza.
3. Z Moore, M Romanelli. Tratamiento tópico de las úlceras por presión infectadas de estadio 3 y 4. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Management of wound infection. London: MEP Ltd, 2006.
4. Desinfección, esterilización, and preservación. Seymour S. Block, pag 199, 1983, Philadelphia.
5. Dermatología práctica. Atlas, enfermedades sistémicas asociadas y terapéutica, "Infecciones bacterianas primarias de la piel" Juan Honeyman, pag 160-178. Vicente Torres Lozada-Nieto. 1ª edición 2005. Editores, SA de CV México, DF.
6. Phil Bowler. El rol de los biofilms en las heridas e implicaciones de la infección. Simposio: "El control de la infección en las heridas". Noviembre 2006 Zaragoza.
7. Manuel de la Rosa, José Prieto Prieto. Microbiología en Ciencias de la salud. Conceptos y aplicaciones. "Conceptos básicos", Pág. 1-7, ELSEVIER. Madrid 2004.

Pruebas epicutáneas de alergia en el tratamiento de úlceras de miembros inferiores

Estudio retrospectivo 2004-08

Sierra Talamantes C*, Alamar Martínez R**, Lucha Fernández V*, De la Cuadra Oyanguren J****, Palomar LLatas F***, Fornés Pujalte B*, Muñoz Mañez V* y Díez Fornés P*

* Enfermera/o del Servicio de Dermatología del CHGUV, ** Médico Alergólogo del Puerto de Sagunt, *** Coordinador de Enfermería del Servicio de Dermatología del CHGUV, **** Médico Dermatólogo, Jefe de Sección de Alergia Cutánea del CHGUV

Correspondencia: Concepción Sierra Talamantes. C/ Plaza Julio Verne nº 1, pta 11-B. 46017 Valencia. E-mail: malacu@ono.com.

Resumen

Introducción: La dermatitis alérgica de contacto (DAC) inducida por medicamentos tópicos en el tratamiento de las úlceras de miembros inferiores posee gran trascendencia pronóstica y terapéutica para su resolución.

Objetivo: Identificar los alérgenos con relevancia significativa más habituales en nuestra comunidad.

Material y Método: Estudio retrospectivo 2004-08 sobre 21 pacientes diagnosticados de úlceras de miembros inferiores atendidos en el Servicio de Dermatología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia y explorados con pruebas epicutáneas de contacto (patch-test).

Resultados: Del grupo de 21 pacientes testados 17 presentaron pruebas positivas y 4 negativas.

En las pruebas positivas el 66% (14) de los pacientes presentó pruebas positivas para los excipientes: bálsamo del Perú, lanolina, amerchol y propilenglicol, el 38% (8) de los pacientes presentó pruebas positivas para los antibióticos: cloramfenicol, neomicina, gentamicina y nitrofurazona, el 23% (5) de los pacientes presentó pruebas positivas para los perfumes: geraniol, isogeunol y musgo de encina; el 23% (5) de los pacientes presentó pruebas positivas para antisépticos y conservantes principalmente antisépticos iodados; el 14% (3) de los pacientes presentó pruebas positivas para los medicamentos pertenecientes al grupo de las caínas: benzocaína y ametocaína. No hemos constatado sensibilizaciones atribuidas a la mezcla de tiuram como en otros estudios, pero si coincidimos en la aparición a sensibilizaciones a nuevos productos (hidrogeles e hidrocoloides) utilizados últimamente.

Conclusiones: Ante pacientes con úlceras de piernas de evolución tórpida y/o con eczema siempre se debe sospechar y descartar una DAC iatrogénica. Los alérgenos detectados con mayor frecuencia fueron el bálsamo del Perú, lanolina, neomicina, mezcla de perfumes y mezcla de caínas y se deberían evitar en pacientes con factores de riesgo a desarrollar DAC. Los registros cronológicos de enfermería contribuyen a evitar la multidiversidad de tratamientos bien sea de forma progresiva o simultánea.

Palabras clave: dermatitis alérgica de contacto, úlcera de piernas, alérgeno, pruebas epicutáneas.

Introducción

La resolución de las úlceras de miembros inferiores (UMI) es, en numerosas ocasiones, un proceso que suele alargarse en el tiempo y muchas veces con gran tendencia a recidivar. Su cronicidad favorece la aplicación de diferentes productos sobre una piel alterada y ulcerada lo que facilita la penetración de los mismos (foto 1). Esta exposición repetitiva a productos tópicos favorece la sensibilización previa y el desarrollo posterior de reacciones cutáneas adversas inducidas por medicamentos (RAMC). Las RAMC se manifiestan con la aparición de dermatitis alérgica de contacto (DAC) a algún componente de los procedimientos terapéuticos utilizados vía tópica¹⁻². Hay que tener en cuenta que la mayoría de las veces, no va a ser el principio activo el responsable de la DAC, sino los excipientes presentes en los preparados, estando implicados con mayor frecuencia: emulsionantes, conservantes, antioxidantes y perfumes, principalmente siendo los más relevantes según la bibliografía europea y americana: alcoholes de lanolina, propilenglicol, benzocaína, colofonia, neomicina, parabenes, perfumes y mezcla de tiuram³⁻⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹.

El desarrollo de DAC en el tratamiento de UMI, tiene una importante repercusión pronóstica y terapéutica, por producir un retraso en la curación o cicatrización de la úlcera, y por reducir las posibilidades terapéuticas, al no poder utilizar preparados que contengan el alérgeno responsable de la DAC y todos aquellos que puedan tener reacciones cruzadas con fármacos de la misma familia, o de otra diferente pero con similitud química estructural, pudiendo tener como complicación más grave el desarrollo de dermatitis de contacto sistémicas, bien por extensión de las lesiones locales o bien porque se administren fármacos vía sistémica que contengan los alérgenos a los que el paciente se ha sensibilizado previamente por contacto¹⁰⁻¹¹. Ante pacientes que presenten úlceras de miembros inferiores de evolución tórpida y/ o con eczema siempre debemos sospechar y/o descartar una DAC iatrogénica. El método diagnóstico para investigar la causa específica será la realización de pruebas epicutáneas o pruebas del parche (patch-test) en las que se intenta reproducir de forma experimental la reacción de la piel frente a un alérgeno¹²⁻¹³⁻¹⁴. Así pues el diagnóstico etiológico de una dermatitis de contacto iatrogénica



Foto 1.

en un paciente con UMI debe establecer cuál es la sustancia/s responsable con el fin de favorecer la resolución de la úlcera y evitar posibles recidivas (foto 2 y 3).

Según la bibliografía europea el número de pacientes con UMI afectados de dermatitis de contacto oscila entre el 40% y el 70%¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰⁻²¹ aunque en España hay muy pocos estudios sobre el tema, tal vez debido a la carencia y/o la dificultad de coordinar Departamentos Especializados en Úlceras y Departamentos especializados en Alergia de Contacto.

Objetivo

El objetivo del estudio que exponemos a continuación fue identificar los alérgenos más habituales en pacientes con UMI y con sospecha de dermatitis de contacto atendidos en el Servicio de Dermatología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (España) Centro de Referencia de la Comunidad Valenciana para su especialidad.

Material y método

Tipo de Estudio: Estudio retrospectivo de los últimos cinco años (2004-2008) sobre pacientes asistidos en el servicio de Dermatología del CHGUV, afectados de UMI con evolución tórpida y estudiados con pruebas epicutáneas de contacto para su diagnóstico.

Tamaño muestra: 21 pacientes.

Procedencia: 11 Urgencias y otros centros sanitarios.
10 Unidad de úlceras CHGUV.

Datos demográficos: Edad media 71,4 años.
Rango: 37 a 87 años.
Genero: 14 hombres y 7 mujeres.

Tipo de úlcera: 20 varicosas.
1 arteria.

Localización úlcera: 3 pierna derecha.
15 pierna izquierda.
3 ambas piernas.

Eczema asociado: 10 pacientes con eczema en piernas, manos o pies, generalizado.

Baterías de contacto parcheadas:

- Bateria estándar GEIDAC: 21 pacientes.
- Bateria antisépticos: 13 pacientes.
- Bateria antibióticos: 10 pacientes.
- Bateria perfumes: 6 pacientes.
- Bateria conservantes: 3 pacientes.
- Bateria vehículos y excipientes: 2 pacientes.
- Bateria anestésicos: 1 pacientes.
- Bateria corticoides: 1 pacientes.
- Bateria fotobiología: 1 pacientes.
- Productos propios: 3 pacientes.

Resultados

Resultados por alérgenos positivos en las diferentes baterías:

Bateria estándar GEIDAIC

- Bálsamo del Perú: 13 pacientes.
- Mezcla de perfumes: 5 pacientes.
- Mezcla de caínas: 4 pacientes.
- Neomicina: 3 pacientes.
- Formaldehído: 3 pacientes.
- Alcoholes de lana: 2 pacientes.
- Tiomersal: 2 pacientes.
- Mercurio: 2 pacientes.
- Mezcla parabenes: 1 paciente.
- Para-fenilendiamina: 1 paciente.
- Quaternium 15: 1 paciente.
- Budesonida: 1 paciente.

Bateria perfumes

- Fragancia mix II: 1 paciente.
- Geraniol: 2 pacientes.
- Isoeugenol: 1 paciente.
- Musgo de encina: 1 paciente.

Bateria vehículos / excipientes

- Armenchol L.102: 2 pacientes.
- Propilenglicol: 3 pacientes.
- Alcohol Cetilestearílico: 1 paciente.
- Sorbiton Sesquioleato: 1 paciente.



Foto 2.

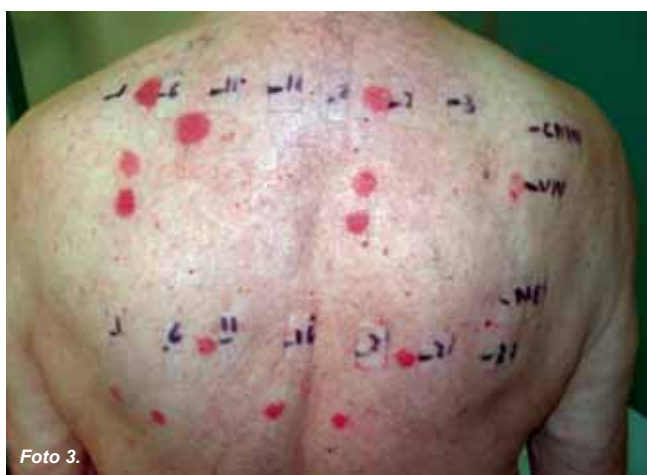


Foto 3.

Batería antibióticos

- Cloranfenicol: 5 pacientes.
- Gentamicina: 3 pacientes.
- Nitrofurazona: 2 pacientes.
- Polimixina B: 1 paciente.
- Bacitracina: 1 paciente.
- Sulfamida: 1 paciente.

Batería antisépticos

- Iodados: 3 pacientes.
- Eosina: 1 paciente.
- Etanol: 1 paciente.

Batería anestésicos

- Butacaína: 1 paciente.
- Procaína: 1 paciente.

Batería conservantes / antimicrobianos

- Clorocresol: 1 paciente.
- Cloroxilenol: 1 paciente.
- Cloruro benzalconio: 1 paciente.

Varios

- Acido benzoico: 1 paciente.
- Hidrocoloides: ningún paciente.
- Jaloplast: 1 paciente.

Análisis de los resultados

Del grupo de 21 pacientes testados 17 presentaron pruebas positivas y 4 negativas. La mayoría eran sensibles a varios alérgenos.

Batería	Alérgenos de relevancia presente y significativa para su enfermedad	% pacientes positivos
Excipientes	Bálsamo del Perú, Lanolina, Armenchol, Propilenglicol	66%
Antibióticos	Cloranfenicol, Neomicina, Gentamicina, nitrofurantoina	38%
Perfumes	Geraniol, isougenol, Musgo de encina	23%
Antisépticos conservantes	Iodados, eosina, etanol	23%
Anestésicos	Benzocaína, butacaína	14%

El 9%² de los pacientes presentó pruebas positivas para los mercuriales (mercurio y tiomersal) no tenían relevancia clínica actual.

En nuestro estudio no hemos encontrado sensibilizaciones a la mezcla de tiuram (guantes y vendas elásticas) como ha ocurrido en otros estudios¹⁻²⁰, pero si que coincidimos en la aparición a sensibilizaciones a nuevos productos de uso terapéutico reciente, como hidrogeles e hidrocoloides¹⁻²⁰⁻²¹ que, sin duda habrá que tener en cuenta en el diagnóstico de futuras sensibilizaciones (fotos 1, 2 y 3).

Discusión y retos del futuro

Aunque la frecuencia de las DAC en pacientes tratados por UMI es baja, su sospecha clínica y su diagnóstico precoz tienen una importante repercusión pronóstica y terapéutica. Para facilitar el seguimiento de estos pacientes se deberían fijar protocolos de actuación estandarizados coordinados por Centros y/o Unidades especializadas en tratamiento de úlceras, recogiendo datos de interés como los factores de riesgo, antecedentes patológicos y atópicos previos, además de hacer un registro cronológico de los diferentes procedimientos terapéuticos utilizados (fichas de recogida de datos sobre material de curas utilizados), que nos permitan realizar el estudio alergológico más adecuado en cada caso, si aparece una DAC durante el tratamiento de la UMI.

Para fomentar la prevención de DAC iatrogénicas se debería conocer la composición de los preparados que se utilizan, tanto sus principios activos como sus excipientes, evitando el uso de aquellos que contengan los contactantes detectados con mayor frecuencia en este estudio (bálsamo del Perú, perfumes, cainas...), sobre todo en aquellos pacientes con factores de riesgo conocidos para desarrollar una dermatitis de contacto.

En pacientes con antecedentes previos de eczema se debería realizar un estudio previo alergológico y realizar pruebas abiertas o del parche con los productos a utilizar en el tratamiento de la UMI.

Para evitar nuevas sensibilizaciones a antibióticos tópicos, por el uso indiscriminado de éstos, se deberían recoger muestras de exudados para cultivo y antibiograma, aplicando el sea más adecuado en cada caso.

Sin duda en los últimos 5-10 años la oferta de la industria farmacéutica especializada en el tratamiento de UMI ha incorporado nuevos productos cuya repercusión en la etiología de las DAC, todavía resultan una incógnita, dada la escasez de publicaciones de casos clínicos y la falta de estudios de sensibilización especializados de los mismos. Sin embargo algunos estudios del tema²⁰⁻²¹⁻²² apuntan sobre la aparición de sensibilizaciones a hidrocoloides, alginatos o polímeros. En el caso de los hidrocoloides las DAC se atribuyeron a sensibilizaciones a propilenglicol presente en los productos farmacéuticos testados.

Aunque el mayor uso de guantes de latex por el personal de enfermería durante la cura de las úlceras, parece aumentar la sensibilización a mezcla tiuran en los resultados obtenidos en otras publicaciones, desde nuestra experiencia no hemos constatado sensibilización a la mezcla de thiuram, aunque si tenemos constancia de mala evolución en el tratamiento de algunos pacientes con el uso de determinadas vendas elásticas que no fueron testadas.

Por otra parte coincidimos en nuestro estudio con la aparición de sensibilizaciones a hidrocoloides atribuibles a la presencia en determinados productos de aromas o perfumes (Varihesive®, Jaloplast®) y/ o el propilenglicol.

Conclusiones

- Ante pacientes con UMI de evolución tórpida y/o con eczema perilesional siempre se debe sospechar y descartar una DAC iatrogénica y para conocer su etiología es necesario remitir lo antes posible al paciente para su estudio.
- La batería estándar del GEIDAC es una buena prueba de rastreo ante la sospecha de DAC en UMI, pues los contactantes detectados como frecuentes, como el bálsamo del Perú, lanolina, neomicina, mezcla de perfumes y mezcla de cainas se encuentran en la misma, pero sería insuficiente en muchos casos.
- La revisión realizada nos permite detectar los alérgenos que con mayor frecuencia son causa de DAC en pacientes tratados por UMI, siendo la más relevante la batería de excipientes, siguiendo en orden de frecuencia la batería de antibióticos, perfumes, antisépticos y conservantes
- El establecimiento sistemático y rutinario en los registros de enfermería acerca de los productos utilizados en el tratamiento de las úlceras contribuye a evitar la multidiversidad de tratamientos bien sea de forma progresiva o simultánea y facilita el estudio alergológico en caso de aparecer DAC. Para facilitar el seguimiento y la actuación sobre este tipo de pacientes es importante fijar protocolos de actuación estandarizados coordinados por Centros y/o Unidades especializadas en su tratamiento.

Bibliografía

1. Saap L, Fahim S, Arsenault E, Pratt M, Pierciannowski T, Falanga V, Pedvis-Leftick. Contact Sensitivity in Patients With Leg Ulcers. *Arch Dermatol.* 2004; 140:1241-1246.
2. Conde-Salazar L, Ancona A. *Dermatosis Profesionales.* Ediciones S-L, Menarini Área M Científica. Nov 2000, Cap: 6(Ancona A, Blancas R, Conde-Salazar R): 47-54.
3. Truchetet. F. Batterie Allergologique des ulcères de jambe. *Ann Dermatol Venereol.* 1999; 126: 364-368.
4. Angelini G, Rantuccio F, Meneghini CL. Contact dermatitis in patients with leg ulcers. *Contact Dermatitis* 1975; 1:81-87.
5. Fräki JE, Peltomen L, Hopsu-Havu VK. Allergy to various components of topical preparations in stasis dermatitis and leg ulcers. *Contact Dermatitis.* 1979;5: 97-100.
6. Paramsothy Y, Collins M, Smith AG. Contact dermatitis in patients with leg ulcers. *Contact Dermatitis.* 1988; 18:30-36.
7. Rietschel RL, Fowler Jr JF. *Fisher's Contact Dermatitis.* Fifth edition. Philadelphia, PA, Williams & Wilkins, 2001.
8. Skinner SL et al. Allergic contact dermatitis to preservatives in topical medicaments. *Am J Contact Dermat* 1998; 9: 199-201.
9. Alomar A, Miranda A. *Dermatitis de contacto por medicamentos.* En: Jiménez Camarasa JM. *Dermatitis de contacto.* Madrid. Grupo Aula Médica. 1999; 333-41.
10. Fernandez J, Requena L. *Erupciones Cutáneas Medicamentosas.* Ed: Siquanent Edicions SL. Nov 2003, Cap 19 (De la cuadro J, Larrea M): 163-171.
11. De la Cuadra J. *Dermatitis de Contacto.* Colección Biblioteca de Dermatología. Madrid. Grupo Aula Médica. 1994.
12. Rietschel RL, Fowler JF. The Role of Patch Testing. En *Fisher's Contact Dermatitis* Baltimore USA: Williams & Wilkins 4ª ed. 1991; 11-32.
13. Jakson EM. The Biostatistical Significance of Panel Size in Patch Testing. *Am J Contact Dermatitis.* 1994, 5: 228-230.
14. Fischer T. Design Considerations for Patch Testing. *Am J Contact Dermatitis.*; 1994, 5: 70-75.
15. KuloziK M, Powell SM, Cherry G, Ryan TJ. Contact sensitivity in community-based leg ulcer patients. *Clin Exp Dermatol.* 1988; 13: 82-84.
16. Wilson CL, Cameron J, Powell SM, Cherry G, Ryan TJ. High incidence of contact dermatitis in leg-ulcer patients. *Clin Exp Dermatol.* 1991; 16: 250-253.
17. LeCoz CJ, Scrivener Y, Santinelli F, Heid E. Sensibilisation de contact au tours des ulcères de jambe. *Ann Dermatol Venereol.* 1988; 125: 694-699.
18. Gallenkemper G, Rabe E, Bauer R. Contact sensitization in chronic venous insufficiency: modern wound dressings. *Contact Dermatitis.* 1998; 38: 274-278.
19. Reichert-énétrat S, Barbaud A, Weber M, Schmutz JL. Leg ulcers. Allergologic studies of 359 cases (in French). *Ann Dermatol Venereol.* 1999; 126: 131-135.
20. Tavadia S, Bianchi J, Dawe RS et al. Allergic contact dermatitis in venous leg ulcer patients. *Contact Dermatitis.* 2003; 48: 261-265.
21. Giménez JM. *Dermatitis de Contacto.* Grupo Aula Médica S.A. Madrid 1999, Cap 12: 129-138.
22. Machel L, Couhé C, Perrinaud A et al. High prevalence of sensitization still persist in leg ulcer patients: a retrospective series of 106 patients tested between 2001 and 2002 and a meta-analysis of 1975-2003 data. *B J of Dermatology.* 2004, 150: 929-935.

Combinación de alginato con hidrocoloide más apósito hidropolimérico 3D adhesivo en un quiste sebáceo infectado

Raúl García Vallejo*, Mar González Gómez* y M^a Ángeles Quintana Bravo**

* Enfermero/a. C.S. Campamento (Área 7, SERMAS). Prof. Asoc. CC. de la Salud, Dpto. de Enfermería (UCM)

** Medico de Familia y Comunitaria. C.S. Aravaca (Área 6, SERMAS)

Resumen

Se presenta el caso de un paciente de 72 años con un absceso causado por un quiste infectado. El trabajo explica paso a paso el tratamiento realizado para conseguir la curación total del quiste. Se combina diferentes terapias locales con un tratamiento antibiótico y analgésicos sistémicos que da como resultado el cierre de la lesión en un espacio de 36 días. El caso sugiere una metodología para el tratamiento de este tipo de lesión que optimice tanto la calidad de vida del paciente como la rentabilidad de los recursos empleados.

Introducción

Uno de los retos de enfermería del siglo 21 es aprovechar la tecnología y los recursos a nuestra disposición, de tal manera que podamos proporcionar cuidados de calidad, lo más efectivos posibles y sin olvidar una adecuada eficiencia. Todo ello con el fin último de mejorar la calidad de vida de los pacientes a nuestro cargo. En este trabajo se estudia la intervención enfermera en un quiste infectado, proponiendo una metodología de trabajo efectiva clínicamente y eficiente respecto del tiempo de enfermería y de los materiales empleados.

Historia del paciente

Paciente varón de 72 años que acudió al centro de salud a consulta médica de urgencia presentando un absceso en zona supraclavicular izquierda, resultado de un quiste sebáceo infectado con varios días de evolución. Presentaba tumefacción, prurito y dolor intenso (foto 1) y se derivó a la sala de curas. Tras desinfectar la zona se procedió a su drenaje mediante punción, saliendo abundante exudado seropurulento. Posteriormente se dejó un drenaje de gasa orillada con povidona yodada tapándolo con gasas estériles. Se concertó consulta con su enfermero de referencia para el día siguiente para valorar evolución y seleccionar el tratamiento más adecuado. Como medicación oral se pautó Amoxicilina + Ac. Clavulánico 875/125mg c/ 8 h. e Ibuprofeno c/ 8-12 h.

Metodología y resultados

A las 24 h. acude a consulta de enfermería concertada. Tras un drenaje exhaustivo por presión se procedió a extraer la cápsula, quedando posteriormente una cavidad de 25 x 12 mm. de diámetro y 8 mm. de profundidad (foto 2). Dado que el lecho sangraba moderadamente y pensando en una proba-



Foto 1, 05/01/2009.

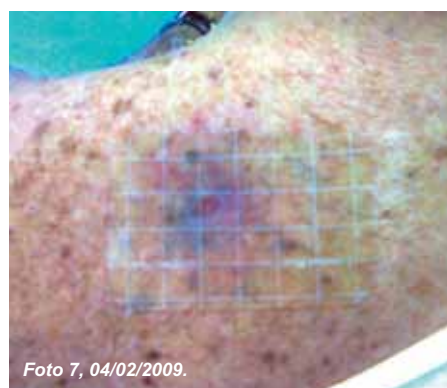
ble cantidad importante de exudado, el hueco se rellenó con una tira de alginato con hidrocoloide (Seasorb Soft®) (foto 3). A continuación se cubrió con un apósito secundario hidropolimérico 3D (Biatain Light®) que, al ser adhesivo, facilitaría su colocación y mantenimiento en una zona de difícil fijación externa y además permitiría gestionar adecuadamente el mencionado exudado (foto 4).

Las siguientes curas se pautaron c/ 48-72 h. La herida siguió sin presentar signos de infección, con un lecho de tejido de granulación bien perfundido, con exudado seroso moderado y buen estado de bordes y de la piel perilesional (foto 5).

A los 9 días de evolución se observó que las dimensiones seguían reduciéndose (20 x 10 x 5 mm.) manteniendo las mismas características cualitativas, por lo que las curas se dejaron pautadas c/ 4-5 días, con la consiguiente satisfacción del paciente que ya no tendría que venir tan a menudo a la consulta. El resultado es excelente pues en sólo dos sesiones más la herida quedó reducida a la mitad 10 x 5 x 2 mm. (foto 6). A partir de ese momento, dado el mínimo exudado y que el tejido de granulación está próximo a la superficie cutánea, se modificó el tratamiento aplicando un apósito hidrocoloide fino (Comfeel Plus Transparente®) (foto 7), con cambios también c/ 5 días y en 2 sesiones más la herida quedó totalmente curada (fotos 8).

Discusion

El caso demuestra que, aplicando el tratamiento adecuado en función del estado de la lesión, podemos al mismo tiempo espaciar las curas y, por tanto, disminuir el tiempo enfermero invertido en el proceso hasta el cierre completo



de la herida. Al distanciar las curas, se consigue aumentar la calidad de vida del paciente ya que el tratamiento influye mínimamente en su vida diaria (desplazamiento hasta el centro, molestia de la intervención, etc.) y al disminuir las intervenciones se dispondrá de más tiempo para otras actividades.

La disponibilidad de un amplio surtido terapéutico, cada vez mayor, para el cuidado de las heridas hace posible diseñar planes de tratamiento que consigan lograr un doble objetivo: Mejorar la calidad de vida del paciente y ser eficientes en nuestro trabajo. No obstante, esa amplia diversidad de productos también supone la necesidad de invertir continuamente en formación sobre materiales y técnicas para el cuidado de las heridas, con el fin de seguir siendo lo más eficientes posibles.

Conclusiones

- La herida ha cerrado en 36 días.
- Durante todo el proceso la piel perilesional se ha mantenido intacta y el paciente no ha tenido dolor ni en durante las curas ni el intervalo entre ellas.
- Las curas han estado muy espaciadas, sobre todo a partir del décimo día, con el consiguiente ahorro de tiempo enfermero, recursos materiales y desplazamientos del paciente.
- La relación coste-efectividad de una intervención no puede estar basada únicamente en el coste del producto utilizado. Es imprescindible valorar, al menos, el tiempo total y la calidad del cuidado proporcionado.

Bibliografía

- 1 Stewart A, Donoghue J, Mitten-Lewis S. Pilonidal sinus: Healing rates, pain and embarrassment levels. *J Wound Care* 2008; 17 (11): 468-74.
- 2 Kerr A, Young S, Hampton S. Has packing sinus wounds become a ritualistic practice? *Br J Nurs* 2006; 15 (19): 27-30.
- 3 Torra JE, Arboix M, Soldevilla JJ, Rueda J, Segovia T, Martínez F, et al. Apósitos. En: Soldevilla JJ, Torra JE, eds. *Atención integral de las heridas crónicas*. Madrid: SPA; 2004. p 91-120.
- 4 Asensio Romero A, Vázquez Checa G, López Ventura M, Begonte García G. Úlceras malignas y fístulas. *Rev SEMER* 2002; 1 (3): 13-24.
- 5 Rodríguez Palma M, Malia Gázquez R, Barba Chacón A. Quistes cutáneos. Protocolo y pautas de actuación. *Rev ROL Enferm* 2001. 24 (1): 17-23.
- 6 Hess CT. Cómo utilizar los apósitos de alginato. *Nursing* 2000. 18 (8): 43.
- 7 Viciano V, Castera JE, Medrano J, Aguiló J, Torro J, Botella MG, et al. Effect of hydrocolloid dressings on healing by second intention after excision of pilonidal sinus. *Eur J Surg* 2000; 166 (3): 229-32.
- 8 Romo Sanz MI. *Tratamiento progresivo de las heridas en medio ambiente húmedo*. Madrid: Librería Cervantes; 1999.
- 9 Baharestani M, Gottrup F, Holstein P, Vanscheidt W, eds. *The clinical relevance of debridement*. Berlín, Heidelberg, Nueva York: Springer-Verlag; 1999.
- 10 Banerjee D. The aetiology and management of pilonidal sinus. *J Wound Care*. 1999; 8 (6): 309-10.
- 11 Berry DP, Bale S, Harding KG. Dressings for treating cavity wounds, *J Wound Care* 1996; 5 (1): 10-7.

Colostomía espontánea: Aplicación de terapia negativa tópica (VAC)

Inmaculada Davín Durbán* y Emilia Mateo Marín**

* Estomaterapeuta. Consulta de enfermería de ostomías. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. idavin@vhebron.net

** Enfermera de la consulta de enfermería de heridas crónicas y úlceras por presión. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. emateo@vhebron.net

Resumen y palabras clave

En el hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona la consulta de enfermería de ostomías y la consulta de enfermería de heridas crónicas y úlceras por presión, a menudo, trabajan en equipo.

Se presenta un caso inicialmente valorado y revisado por la enfermera estomaterapeuta pero que requirió la cooperación de la enfermera de heridas, debido a la dehiscencia de sutura de la herida quirúrgica abdominal, de gran tamaño, que acabó en una colostomía transversa espontánea, en la que se decidió, la aplicación de terapia de presión negativa tópica (VAC) para la reducción de la cavidad y adaptación de un dispositivo de ostomías.

Palabras clave: Ostomía espontánea, Presión negativa tópica, VAC, Fístula enterocutánea, Dispositivo de fístulas.

Introducción

El término estoma deriva del griego y significa "boca", se emplea para designar el abocamiento de una víscera hueca a la pared abdominal, con el fin, generalmente, de expulsar los productos de desecho.

Dentro de las ostomías digestivas encontramos la colostomía, que es la exteriorización del colon a la pared abdominal. No es frecuente que surja una colostomía espontánea a raíz de una fístula enterocutánea.

El caso que se muestra es relevante por su singularidad y porque nos ha permitido, en un periodo de tiempo relativamente corto, utilizando la terapia de presión negativa tópica, (en adelante PNT) aumentar la calidad de vida de la paciente y la curación de la lesión periestomal.

Asociar PNT a una fístula es frecuente en ámbitos hospitalarios donde se realizan este tipo de curas, aislando el estoma de la zona de herida, pero lo que no es habitual es utilizar la terapia negativa tópica, cubriendo un estoma para reducir la cavidad resultante de una dehiscencia de sutura tras la aparición de una fístula enterocutánea¹⁻².

La decisión del tratamiento y seguimiento del caso fue multidisciplinar, ya que intervinieron en él el equipo médico de cirugía, la enfermera estomaterapeuta, la enfermera de heridas crónicas y enfermería asistencial.

Una vez más se ha podido constatar que la implicación de distintos profesionales trabajando de forma coordinada favorece la calidad del cuidado asistencial y la optimización del tiempo y de los recursos.

Objetivos

Los objetivos que nos propusimos para solucionar este caso fueron los siguientes:

- Cierre de la lesión por segunda intención.
- Mantenimiento íntegro de la piel perilesional.
- Adaptación al estoma de un dispositivo de ostomías para la recogida de heces.
- Aumentar la calidad de vida y el confort de la paciente.

Antecedentes patológicos de la paciente:

- Obesidad mórbida sometida a cirugía bariátrica en 1992, 1993, 1994, realizando los siguientes procedimientos: gastroplastia vertical anillada (Banding) derivación intestinal en Y de Roux.
- Cesárea en 1982.
- Trastorno Bipolar tipo 2 diagnosticado desde 1988, siguiendo las visitas de control por su Psiquiatra.
- Hospitalizada en 2007 por pericarditis que cursó con taponamiento cardíaco, secundario a fístula gastro-pericárdica-transdiafragmática. Se realizó pericardiocentesis, ventana pericárdica y cierre primario de la fístula, donde se encontró perforación gástrica, con anastomosis gastroyeyunal. Posterior a esto presenta en el postoperatorio fiebre y cuadro séptico, con salida de material fecal a través de la herida quirúrgica, reinterviniéndose de urgencia, se encuentra perforación puntiforme en el colon transverso, el cual se repara por cierre primario y se realiza lavado de la cavidad. La paciente requiere una segunda



Foto 1. Valoración inicial, obsérvese la dehiscencia de sutura y la aparición del colon transverso.



Foto 2. Adaptación del dispositivo de fistulas a los pliegues cutáneos.



Foto 3. Cura inicial.



Foto 4. Apertura total de la herida y exposición de la colostomía espontánea.



Foto 5. Adaptación del dispositivo al nuevo tamaño de la lesión.



Foto 6. Apreciación de pequeña reducción, de la lesión, por segunda intención.

intervención urgente por reaparición de cuadro séptico, en esta ocasión se encuentra otra perforación colónica con peritonitis fecal por lo que se realiza ileostomía de descarga. Posterior a esto la evolución fue adecuada con excepción de una infección en la ostomía y persistencia de la fístula coló-cutánea.

Paciente y método

Este caso está basado en la aplicación de la terapia VAC en ostomías³⁻⁴⁻⁵.

Paciente mujer de 55 años con obesidad mórbida que ingresa para cierre de ileostomía y fistulectomía programada. La intervención quirúrgica no presentó ningún tipo de incidencias. En el 8º día del postoperatorio presenta absceso de pared con emisión de material fétido a través de la herida quirúrgica.

Al 10º día del postoperatorio, desarrolla una nueva fístula entero-cutánea a nivel de colon transverso, dehiscencia de sutura quirúrgica.

Este mismo día se inicia valoración por parte de la enfermera estomaterapeuta, en la que se observa dehiscencia de sutura quirúrgica, exteriorización del colon transverso con salida de heces a través de la misma y piel periestomal macerada.

La primera opción fue colocar una bolsa de fístulas debido al gran tamaño de la dehiscencia, y la imposibilidad de poder aplicar otro tipo de dispositivo. Este dispositivo, se caracteriza por que es un sistema de una pieza, con adhesivo laminado en dos capas que en contacto con la piel proporciona gran adaptabilidad y sellado al relieve cutáneo. La segunda capa tiene gran resistencia a la erosión evitando que el adhesivo se deshaga en contacto con el efluente. También presenta una ventana para poder acceder a la fístula-herida, lo que permite realizar las curas sin tener que cambiar el dispositivo⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹⁰ (fotos 1, 2 y 3).

Al tercer día después de la valoración inicial se produce un aumento del tamaño de la dehiscencia y la profusión del colon transverso. Se decide seguir con el dispositivo de fístulas, previa limpieza de la cavidad y fomentos con solución de limpieza de heridas con Polihexanida y Betaina. Se protege la piel perilesional con Merbromina al 2% (fotos 4 y 5).

El día 13, después de la primera cura, se observa una pequeña reducción del tamaño de la lesión y crecimiento de tejido de granulación por segunda intención pudiendo

aplicar dispositivo de ostomías, que fracasa por el gran tamaño de la lesión (fotos 6 y 7).

El día 14 y debido a los siguientes motivos:

- Con el dispositivo que se le había colocado las heces estaban en contacto con la zona de dehiscencia y impedían la cicatrización de la cavidad.
- El gran tamaño de la bolsa.
- La no colaboración de la paciente debido a su característica de enferma bipolar, que no realizó reposo relativo para mantener la adherencia del dispositivo que ocupaba gran parte de su abdomen.

Se valoró la posibilidad de aplicar PNT VAC con el objetivo de acelerar el crecimiento del tejido de granulación así como reducir el tamaño de la lesión para poder aplicar un dispositivo de colostomía adaptado a la piel periestomal y aumentar el confort de la paciente³.

Previo a la colocación de la terapia negativa tópica VAC se realizó una valoración integral de la paciente, ya que es importante el aspecto tanto físico como psicológico, que también puede ser determinante para el desarrollo del proceso. Esta paciente presentaba un trastorno de bipolaridad, que le condicionó el no seguimiento de las pautas terapéuticas durante la aplicación del tratamiento, así como nos aumentó las cargas de trabajo por su incumplimiento: no tocar el dispositivo, reposo relativo...

Se valoró la efectividad de la PNT, se comprobó si los fundamentos en que se basa y los objetivos que pretende eran los adecuados para el tipo de herida que teníamos y que son¹⁻¹¹:

- Eliminar el exudado y reducir el edema de los bordes.
- Aumentar el riego microvascular periférico.
- Estimular la formación del tejido de granulación.
- Reducir el tamaño y complejidad de la herida.
- Mejorar el lecho de la herida.
- Y en el caso de fístulas enterocutáneas el cierre de la misma si es aguda o la contención si es crónica.
- Aumentar la independencia de los pacientes debido a la estabilización de la zona abdominal.

También se valoró el estado y el cuidado de la piel perilesional, de la paciente que en un primer momento presentó una piel macerada en los bordes de la lesión, se decidió cura tópica con Merbromina al 2% ya que actúa de antiséptico y además forma una película que seca la piel.

El día 14, post valoración inicial, se inicia PNT.

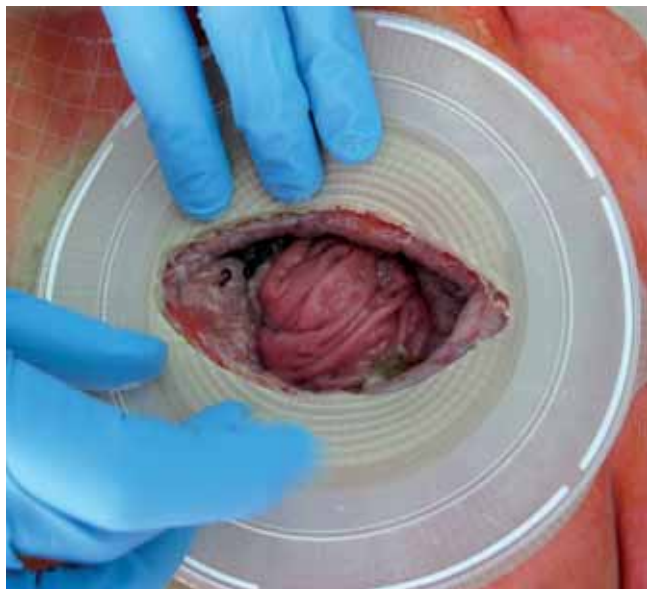


Foto 7. Aplicación del dispositivo de ostomías recortado al máximo.



Foto 8. Fomento con solución de Polihexanida y Betaina.



Foto 9. Protección del colon con apósito mallado, previo a la colocación de la espuma y protección de la piel con Merbromina al 2%.



Foto 10. Aplicación de espuma negra encima del apósito mallado.



Foto 11. Sellado de la cura.

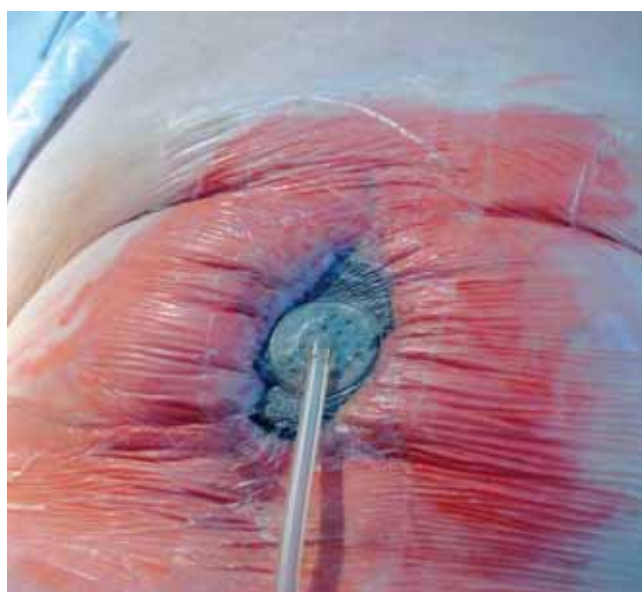


Foto 12. Inicio succión VAC.

Se dejó a la paciente en dieta absoluta con el objetivo de que la colostomía espontánea no fuera productiva para mantener limpia la cavidad de dehiscencia y facilitar el proceso de crecimiento de tejido de granulación promovido por la PNT, a la espera de aproximación de los bordes de la cavidad.

Para la realización de las curas con PNT VAC se siguió el protocolo establecido en los documentos de consenso y en las directrices generales de uso, que indican la colocación previa de apósito no adherente de malla ancha interpuesta entre el intestino y el apósito de esponja para proteger el intestino¹⁻². Con una presión de 125 mmHg y continuo y previa limpieza con una solución de limpieza de heridas con Polihexanida y Betaina (fotos 8, 9, 10, 11 y 12).

Durante el primer día de tratamiento con la PNT se observa una salida de heces procedentes de la colostomía espontánea, debido en gran parte a que la paciente inició dieta absoluta el mismo día. Se solucionó volviendo a realizar la cura y aumentando la presión de 125 a 150 mm/Hg.

No hubo problemas relacionados con la PNT durante el tratamiento, aunque debido a la condición de poca colaboración por parte de la paciente, en algunas ocasiones se perdía el sellado de la cura y se tenía que reforzar con parches de film de poliuretano.

Se mantiene la terapia negativa tópica durante 14 días en los cuales no se produce ninguna incidencia significativa y se decide su retirada cuando la dehiscencia ha reducido de tamaño (fotos 13 y 14) y permite la colocación de un dispositivo de ostomías para recogida de heces de diámetro 90 mm de doble pieza adhesivo.

Se reintroduce dieta astringente progresiva.

Se realizó soporte emocional a la paciente y familia en todo momento, ya que la formación de la nueva fistula representó un impacto importante para ellos.

Después del alta hospitalaria se sigue visitando a la paciente, en la consulta de enfermería de ostomías, ambulatoriamente (fotos 15, 16, 17 y 18).

Resultados

Se observa:

- Reducción del tamaño de la cavidad en un periodo de tiempo corto, por la aplicación de la PNT (VAC).
- Formación de una colostomía transversa.
- Mantenimiento de la piel perilesional íntegra y no macerada.
- Durante el tratamiento con la terapia VAC la paciente experimenta un aumento del confort y de la independencia para los autocuidados así como disminución de la ansiedad.
- Reducción de la pauta de las curas.
- Reducción de la estancia hospitalaria.

Conclusiones

La terapia VAC se puede aplicar en fístulas o colostomías, sin dañarlas y aislándolas de la lesión, aumentando el confort de la paciente y pudiendo adaptar posteriormente un dispositivo de ostomías que le permitirá ser independiente en sus cuidados. El trabajo en equipo permite una mejor consecución de los objetivos y permite una mejor comunicación y relación entre los profesionales de las distintas disciplinas para un objetivo común, el restablecimiento de la salud del paciente.

Bibliografía

1. Documento de consenso VAC Therapy, aplicación en cirugía general. Asociación española de cirujanos/ KCI clinic Spain. Edición revisada junio 2007.
2. The "Fistula VAC" a technique for management of enterocutaneous fistulae arising within the open abdomen: report of 5 cases. Goverman J, Yelon JA, Platz JJ, Singson RC, Turcinovic M. J Trauma. 2006. 60(2): 428-31.
3. Managing the open abdomen. M. Kaplan. Ostomy wound Manage. 2004 Jan; 50 (1A suppl): C2, 1-8, quiz 1p following 8.
4. Guidelines for the Management of the open abdomen. Mark Kaplan, MD,FACS; P Banwell, BSc, et al.
5. Topical negative pressure: advanced management of the open abdomen. Swan M, Banwell PE. Oxford Wound Healing society, 2003.
6. www.coloplast.es. Folleto Coloplast fistula.
7. Presentación: Management of Fistula's in the abdominal region. Hocevar, Barbara; The Cleveland Clinic Foundation; USA. A non-comparative multi centre investigations. 9th ECET Congress 2007.
8. Management of fistula's in the abdominal region. J.Wound Ostomy continence Nurs. 2008; 35(4): 417-423. Published by Lippincott Williams & Wilkins.
9. Poster, Management of fistula's in the abdominal region. Case study nº1. Judy Landis-Erdman, Barbara Hocevar, Paula Erwin-Toth, James Wu, MD, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio. Presented at WOCN Congress 2006.
10. Poster, Management of fistula's in the abdominal region. Case study nº 2. Judy Landis-Erdman, Barbara Hocevar, Paula Erwin-Toth, James Wu, MD, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio. Presented at WOCN Congress 2006.
11. V.A.C Therapy Guía clínica. Referencia para facultativos. Edición revisada septiembre 2007. Publicado por KCI The Clinical Advantage.

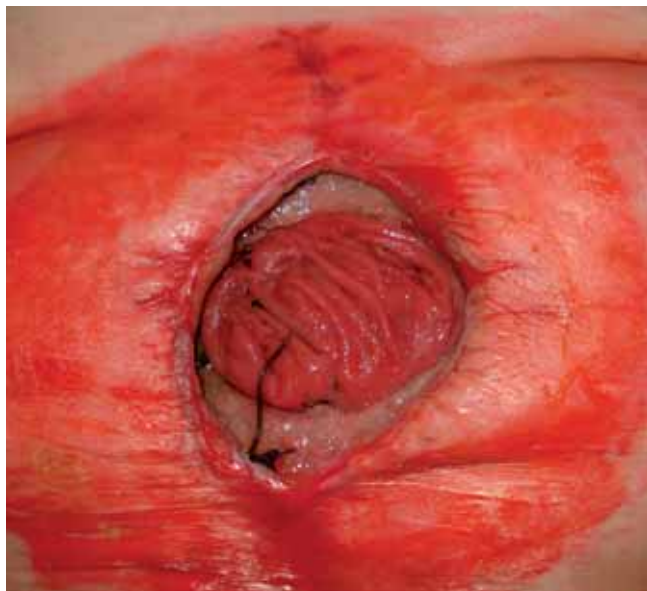


Foto 13. 7º día tratamiento PNT, se observa aproximación de bordes.



Foto 14. Final terapia VAC.



Foto 15. Visita en la consulta de enfermería de Ostomias al 13 día después del alta hospitalaria.



Foto 16. Primera visita ambulatoria. Dispositivo de ostomias adaptado.



Foto 17. Un mes y medio post-alta. Estoma delimitado.

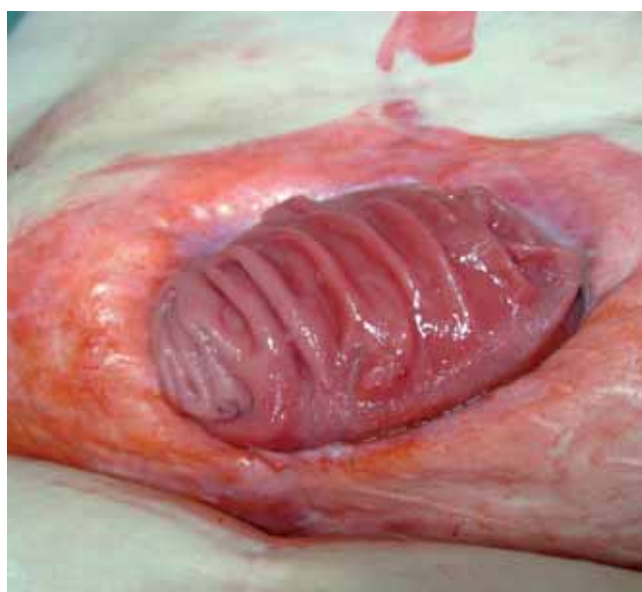


Foto 18. Protección de la piel periestomal.

Cura de enfermedad de Dupuytren de mano izquierda con apósito de alginato con plata

José Carrión Sánchez*, M^o del Carmen Abad Ruiz*,
Miguel Javier Martínez Varón* y Juan Carlos Jiménez de la Paz**

* Enfermero/a, ** Médico. Consultorio de Atención Primaria de Caniles. Pza. de la Constitución, 2. 18810 CANILES (Granada)

Resumen

La enfermedad de Dupuytren (ED) (también llamada contractura de Dupuytren) consiste en la retracción de la palma de la mano con la consiguiente flexión fija de algunos dedos; normalmente, empieza con un engrosamiento de la piel de la palma de la mano, el cual se puede convertir en un bulto duro o banda gruesa.

Se hace el seguimiento de un caso clínico con apósito de alginato con plata en el tratamiento de herida secundaria a una intervención quirúrgica por patología de Dupuytren. La evolución de la herida mejoró tanto a nivel de la piel perilesional, como el tiempo transcurrido desde la intervención hasta la cicatrización completa de la herida. La evolución de dolor durante el proceso de la herida, antes, durante y después de los cambios fue muy satisfactoria. La adaptabilidad y facilidad de aplicación del apósito fue muy buena, así como su retirada y gestión del exudado. La evolución general llegó a ser excelente, presentando el paciente una buena movilidad de la mano, así como un resultado estético muy favorable.

Material y Métodos

Presentamos el caso clínico de un paciente varón (J.D.S) de 60 años de edad con antecedentes patológicos de cardiopatía isquémica, HTA, Fibrilación Auricular que presenta Enfermedad de Dupuytren en mano izquierda. Es intervenido quirúrgicamente el día 19/02/2009 realizándose fasciectomía selectiva en dedos 1^o y 4^o de mano izquierda bajo anestesia plexo axilar. Se decide su seguimiento de curas en Atención Primaria por su DUE de referencia.

El día 26/02/2009 vemos que la herida presenta un aspecto de piel perilesional macerada y apertura de puntos de sutura en parte de la misma, así como tejido esfacelar con signos de infección.

Se procede a utilizar desde ese mismo día Melgisorb Ag[®] y como apósito secundario suave silicona de Mepilex[®] (foto 1).

Los cambios de apósitos se hacen al principio cada 2-3 días en consulta de Enfermería para hacer un seguimiento de la evolución de la herida (foto 2).

Evolución de la lesión



Foto 1.



Foto 2.



Foto 3.



Foto 4.



Foto 5.



Foto 6.



Foto 7.

El 04/03/2009 vemos que la evolución de dicha herida va siendo satisfactoria. Ha desaparecido la maceración de la piel perilesional, se van aproximando los bordes de la herida y desaparece el tejido esfacelar de las primeras sesiones de cura ^(foto 3).

Se procede el día 04/03/2009 a poner nuevo recorte de apósito de Melgisorb Ag[®] y se van espaciando más los días de curas para ver de nuevo su evolución el día 09/03/2009 ^(foto 4).

El 09/03/2009 se han retirado el resto de puntos de sutura de toda la herida, quedando una mínima parte de la herida para su total epitelización a nivel del pulgar ^(foto 5).

La cura del día 09/03/2009 se hace con apósito de suave silicona de Mepilex Lite[®] que nos cubra la zona que aún falta para su total epitelización ^(foto 6).

El 18/03/2009 se procede a dar Alta de Enfermería por buena evolución de herida ^(foto 7).

Resultados

La evolución de la herida tras las primeras curas mostró signos de maceración perilesional tras la utilización de la cura seca. El estado de la piel perilesional mejoró en un 100% tras la utilización de Melgisorb Ag[®] y suave silicona de Mepilex[®] y Mepilex Lite[®] así como los signos de infección. El tiempo hasta la cicatrización completa supuso unas 3 semanas.

Conclusiones

En el presente caso clínico se demuestra que la cura mediante la utilización de Melgisorb Ag[®] combinado con los apósitos con Tecnología Safetac[®] de suave silicona son una buena alternativa de cura post-quirúrgica en la patología de Dupuytren. Disminuyen el número de curas, se gestiona el nivel de exudado de leve a moderado, mantienen sin alteraciones la piel periulceral, no provocan dolor, se reduce los signos de infección, no provocan el dolor ligado a las heridas y aumenta la sensación de confort así como un mínimo traumatismo al ser retirado del lecho de la herida.

La realización de cura húmeda con el apósito de Melgisorb Ag[®] permite una gran adaptabilidad en las heridas quirúrgicas tanto profundas como superficiales.

Maquillaje terapéutico sobre lesiones dermatológicas faciales

Revisión bibliográfica

Ángeles de la Riva Grandal*,
Juan Luis Santiago-et-Sánchez-Mateos** y Cristóbal Francisco Rodríguez Martín***

* Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. ** Servicio de Dermatología. Hospital General de Ciudad Real.

*** Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra. de Colmenar, sin número. 28034 Madrid.

Correspondencia: angeles.riva@uah.es, pequenuca1@hotmail.com

Resumen

Muchas enfermedades dermatológicas, incluyendo al vitiligo, malformaciones vasculares, acné y cicatrices desfigurantes por cirugía o traumatismos, pueden generar estrés en el paciente dermatológico y causar alteraciones psicológicas como depresión, baja autoestima, deterioro de la calidad de vida, distrés emocional y, en algunos casos, dismorfofobia. El camuflaje corrector puede ayudar a cubrir lesiones dermatológicas inestéticas usando una gran variedad de productos resistentes al agua, de más luminosos a opacos, para proporcionar una cobertura efectiva y natural. Estos cosméticos pueden servir como coadyuvantes durante el tratamiento médico o después de procedimientos quirúrgicos antes de que la curación se haya completado. Consideramos que el maquillaje corrector es una medida terapéutica adyuvante válida y bien tolerada en tratamientos largos y una alternativa en pacientes en los que el tratamiento convencional es inefectivo.

Palabras clave: Calidad de vida, autoestima, estrés, maquillaje corrector, cosmético.

Introducción

En dermatología es frecuente que el paciente demande atención por lesiones desfigurantes en zonas expuestas, como la cara o las manos, producidas bien por enfermedades estrictamente dermatológicas, bien por enfermedades sistémicas y procesos yátrógenos (cicatrices postquirúrgicas, radiodermatitis y efectos secundarios de inmunosupresores o quimioterápicos). A menudo, esto influye en la percepción que el paciente tiene sobre su propia imagen, con repercusiones psicosociales evidentes. Desviar la atención de estos problemas, que con frecuencia afectan a estos pacientes, favorece la percepción pública de que no les afecta y, por tanto, no se tienen en cuenta a la hora de elaborar determinados programas de salud. Las personas con enfermedades dermatológicas u oncológicas y lesiones visibles pueden tener repercusiones psicológicas, laborales y de relación social, lo que supone un cambio importante en el desempeño de actividades cotidianas y, por tanto, en el desarrollo de una vida "normal". Mediante la valoración sanitaria y, particularmente, del personal de enfermería, podemos llegar a un conocimiento más amplio de la situación de salud de estos pacientes, que nos permitirá llevar a cabo estrategias terapéuticas para abordar estos problemas: planificar unos cuidados, ejecutar dichos planes y evaluar sus resultados¹.

En los últimos años, la literatura científica internacional evidencia una preocupación por los aspectos psico-sociales de

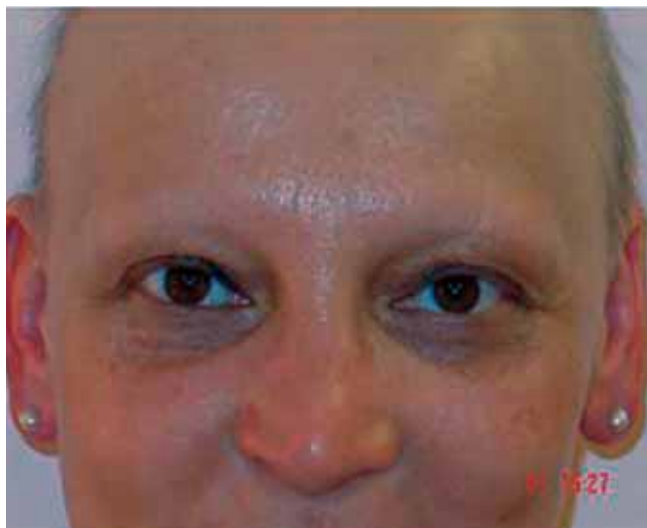
pacientes con lesiones dermatológicas visibles. Diversos estudios reflejan el sufrimiento que conllevan estas enfermedades, exhortando de forma imperiosa a utilizar medidas terapéuticas para minimizar dicho impacto. Entre ellas, el empleo de maquillaje corrector en este tipo de lesiones se consolida como una herramienta terapéutica más capaz de mejorar la calidad de vida de estas personas.

En este artículo se pretende repasar los aspectos novedosos del uso del maquillaje terapéutico, entendido como la aplicación de productos cosméticos sobre lesiones cutáneas visibles con la intención de disimular estas imperfecciones y, al mismo tiempo, resaltar las cualidades estéticas del área anatómica tratada².

Antecedentes históricos

La historia del maquillaje se remonta a los primeros tiempos de la humanidad. La utilización de polvos minerales a base de hematitas y otros minerales se asociaba a usos rituales, quedando testimonio de su importancia a través de los hallazgos en ajueres funerarios y restos humanos de enterramientos primitivos. En tiempos históricos, disponemos de amplia documentación escrita e iconográfica del uso de cosméticos entre las primeras civilizaciones de Mesopotamia y del valle del Nilo. Entre los egipcios, el uso del maquillaje siempre estuvo bien considerado, incluso tenían un mito explicando esta costumbre: Cuando Horus peleó contra su tío Seth para vengar la muerte de su padre Osiris, perdió un ojo, inventando el maquillaje para restablecer la perfección de su rostro divino. Utilizaban ingredientes naturales tales como colirios, rojo para los labios y las mejillas, ungüento y khol para mejorar la piel y la apariencia, eran conscientes de la belleza de una piel suave y de unos ojos seductores. Se han descubierto restos del siglo IV a.C., y más de 160 recetas que describen la elaboración de cosméticos, que duraba varios meses. Sus ajueres funerarios contienen, a menudo, todo lo necesario para preservar la belleza³. Con posterioridad, los romanos utilizaron una mezcla de carbonato de plomo como blanqueador de la piel y colorete. Las influencias grecorromanas y persas agregaron el uso de las tinturas de henna para el rostro y el cabello⁴.

En los primeros tiempos de la Edad Media, tras la caída del imperio romano, existió una tendencia hacia la ausencia del cuidado estético y del aseo personal. La mujer llevaba la cabeza cubierta con tocados, ocultado su fisonomía en señal de sumisión. Pasado algún tiempo empezó de nuevo el interés por la cosmética debido a la influencia árabe. Los trajes se fueron modificando con generosos escotes y se hacían largos trenzados en el pelo que llegaban a ser verdaderas obras



de arte⁵. En las culturas europeas, la piel pálida se convirtió en un signo de belleza y distinción social. Las mujeres podían tomar medidas extremas para lograr tener una piel blanca (llegando incluso a provocarse hemorragias). El valor estético de la piel blanca continuó hasta el Renacimiento. Nuevamente, las mujeres recurrían a medidas extremas para lograr tener una tez blanca utilizando cosméticos con ingredientes mortales como el plomo y el arsénico.

En la era isabelina (s. XVI), el uso maquillaje facial comenzó a asociarse con una mala salud. Las mujeres utilizaban clara de huevo para dar brillo saludable al rostro, utilizando el maquillaje facial para ocultar el aspecto enfermizo. Gracias a los franceses, en el siglo XVIII, la inclusión del color rojo en el maquillaje facial agregó un punto de vitalidad al rostro. Los labios y las mejillas rojas se convirtieron en un símbolo de salud y de felicidad, transmitiendo el mensaje vitalista propio de la época. Al igual que la mujer, los hombres de alta posición también se maquillaban, mostrando, en ocasiones, un aspecto afeminado⁶⁻⁷.

A mediados del s. XIX, se produce el inicio del maquillaje moderno. Se sigue llevando la cara pálida pero de manera exagerada. El ideal era parecer enfermo y ya no es suficiente con el uso de los polvos de arroz. Se pone de moda ingerir vinagre y limones para aclarar la piel, incluso se ingieren sustancias que contenían plomo o arsénico con el consiguiente riesgo de intoxicación e incluso de producir la muerte. La ojera se marca de azul, remarcando la profundidad de la mirada del rostro romántico. Los pómulos se sonrosan levemente con un rosa palo y los labios se maquillan en color carmesí en forma de corazón. Aparece por primera vez el rojo de labios, que consistía en una pomada compuesta por mantequilla fresca, cera de abeja, raíces de un colorante natural (orcaneta) y racimos de uvas negras sin pulpa, que colorea sin producir efectos secundarios⁸. La idea era mostrar un aspecto frágil a través de una piel en apariencia sensible.

En los primeros años del siglo XX, las ideas y costumbres del pasado siguen estando vigentes. El tono de la piel sigue siendo distintivo social, ya que una piel blanca denota no estar expuesta al sol ni a la intemperie como están sometidas las clases menos favorecidas. La elaboración de los polvos de arroz para blanquear el rostro es cada vez más refinada. Hacia 1910 el maquillaje ya está muy extendido y se tiende a llevarlo de manera natural. Los avances científicos también favorecen el desarrollo del maquillaje. El descubrimiento de los estearatos colorantes revoluciona la fabricación de barras de labios, pudiendo obtener con ellos nuevas tonalidades. En 1924 aparece la laca de uñas con color y la máscara de pestañas resistente al agua⁹⁻¹⁰.

Durante la década de los 30's, el maquillaje se democratiza y accede a todas las capas sociales, especialmente a la

mujer, que intenta imitar a sus actrices favoritas y a los grandes mitos de la época¹¹⁻¹².

En 1937 se lanza pan-cake make-up, un fondo de maquillaje que revolucionó la técnica del maquillaje cinematográfico ya que era impermeable al agua, inalterable bajo los focos y tenía una cobertura total y un acabado mate. En 1932 Lydia O'Leary, afectada de la enfermedad de vitiligo en el rostro, lo que le hacía sentirse muy acomplejada, crea junto con su padre farmacéutico el maquillaje COVERMARK en EE.UU. Un día entrando en la consulta de un médico, se cruzó con otra chica que padecía su misma enfermedad, de tal manera que al comentarle el médico la desesperación de dicha paciente, ella se decidió a contar su secreto, revelándole que padecía la misma enfermedad. Ante el asombro del médico, ella mandó a la enfermera que le trajera algo para desmaquillarse comprobándose así que también padecía el vitiligo¹³. Por ello, podemos considerarla como una de las precursoras en la difusión del maquillaje corrector.

El maquillaje terapéutico en la actualidad

El personal sanitario siempre se ha preocupado de prestar una asistencia sanitaria centrada en la repercusión física de la enfermedad, con escasa atención al componente psicosocial. En dermatología, existe una preocupación por abarcar las distintas enfermedades cutáneas considerando también su repercusión estética debido a que la piel es un órgano externo con evidentes funciones sociales. En la actualidad, nuestro objetivo es atender a la persona desde un enfoque global que se traduce en una perspectiva bio-psico-social de la enfermedad.

Material y métodos

Revisión bibliográfica: Hemos seleccionado todos aquellos artículos que describen preocupación por la repercusión en la calidad de vida, autoestima, ansiedad, depresión, relaciones sociales y vergüenza, de las personas que tienen diferentes tipos de lesiones dermatológicas permanentes en zonas visibles de la piel. Nos hemos remontado al año 1985, primer artículo encontrado que hace una referencia clara a aspectos psicológicos, finalizando nuestra búsqueda en agosto de 2009.

- Plataformas: Elsevier, OVID, ProQuest, Blackwell.
- Bases de datos consultadas: Psychoinfo, Medline, Cochrane, Embase, Cinah, cuidatge, Cuiden.
- Portales: Fistera y PubMed.
- Catálogo: C17.net.
- Monografías, libros y periódicos (existe una referencia detallada de los mismos en el apartado dedicado a la bibliografía).

■ Descripción de las patologías

Diagnóstico	Definición	Problemas	Secuelas
Acné ¹⁴⁻¹⁵	Enfermedad inflamatoria crónica del folículo pilosabáceo.	- Trastornos desfigurativos. - Cicatrices.	- Ansiedad, depresión. - Autodenigración ¹⁰ .
Rosácea ¹⁶⁻¹⁷	Erupción acneiforme crónica localizada sólo en cara.	- Cuperosis. - Telangiectasias. - Rinofima.	- Repercusiones psicológicas por el trastorno estético.
Psoriasis ¹⁸	Enfermedad inflamatoria de base inmunológica caracterizada por placas eritematodescamativas.	- Fenómeno de Koebner. - Síndrome metabólico. - Artropatía.	- Ansiedad, depresión y estrés ¹¹ .
Lupus ¹⁹	Enfermedad crónica inflamatoria de naturaleza autoinmune.	- Fotosensibilidad. - Daño multiorgánico. - Cicatrices y alopecia cicatricial. - Telangiectasias.	- Trastornos desfigurativos. - Ansiedad, depresión.
Paciente oncológico ²⁰	Deterioro agudo del estado de salud debido a una neoplasia y/o su tratamiento ⁴⁴ .	- Palidez cutánea. - Aspecto demacrado. - Efluvio anágeno agudo.	- Deterioro físico y emocional. - Depresión ¹¹ .
Angioma plano ²¹	Malformación congénita de los capilares dérmicos.	- Adquisición de un tono violáceo en la zona afectada. - Tuberosidades. - Hiperplasia tisular, con deformación.	- Desfiguración progresiva. - Evitación ¹² .
Melasma ²²	Hiperpigmentación adquirida sobre las áreas expuestas a la luz solar, sobre todo, en la cara de mujeres jóvenes.	- Contraste marcado entre las zonas más pigmentadas y la piel normal de la cara.	- Repercusiones psicológicas.
Vitiligo ²³⁻²⁴	Enfermedad autoinmune caracterizada por la destrucción de los melanocitos.	- Áreas despigmentadas en torno a los párpados, boca, genitales, manos y pies. - Fenómeno de Koebner.	- Repercusiones psicológicas por el problema estético. - Evitación ¹² .
Cicatrices ²⁵	Áreas de fibrosis y pérdida de uniformidad en la superficie cutánea en el lugar de una herida o lesión cutánea profunda.	- Atróficas o deprimidas. - Cicatrización hipertrófica. - Queloides. - Prurito, escozor y dolor. - Telangiectasias. - Retracción tisular.	- Repercusiones psicológicas por problema estético. - Depresión ¹¹ .
Cuperosis ²⁶	Dilatación permanente de los capilares dérmicos en el área facial.	- Eritema facial. - Sensación de aumento de la temperatura local.	- Repercusiones psicológicas por defecto estético.

Descriptores: En PubMed, hemos hallado 222.334, referencias con el término booleano "OR" y las palabras claves face y facial. Posteriormente, con los descriptores Anxiety "OR" Quality of life "OR" Psychological adaptation, hemos encontrado 166.671. A continuación, con los descriptores Acneiform eruptions "OR" Facial dermatoses "OR" Vitiligo "OR" Cicatrix keloid "OR" Rosacea "OR" Panniculitis lupus erythematosus "OR" Discoid lupus erythematosus, "OR" Cutaneous lupus erythematosus "OR" Cutaneous tuberculosis "OR" Port-wine stain, hemos hallado 36.962. Posteriormente, los descriptores Anxiety, Quality of life y Psychological adaptation los hemos cruzado con el término booleano "AND" y con otra serie de descriptores como: Acneiform erupción, Vitiligo, Cicatrix, Rosacea, Panniculitis, Discoid lupus erythematosus, Cutaneous tuberculosis, Port-wine .

En Psychoinfo usando los descriptores Quality of life, Face y Cosmetic con el término booleano "AND" hemos encontrado 50 referencias, de las que hemos seleccionado 4, por ser estudios, que evalúan factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud con lesiones faciales visibles.

En ISOC con los descriptores Stress "OR" Stress management "OR" Stress reactions "AND" Facial "OR" Face "AND" Cosmetic, hemos hallado 19 referencias. De ellas, seleccionamos 6. Son referencias que mencionan la ansiedad que sufren dichos pacientes.

En periódicos: 8 referencias y seleccionado 2. Cada vez que surge una noticia sobre este tema en cualquier diario o periódico científico, leemos el artículo, por si puede aportarnos documentación y más conocimiento. Actualmente, hay mayor



preocupación por parte de los responsables de la administración sanitaria y de su personal, al comenzar a considerarlo una prioridad de primer orden.

Monografías: 6 referencias sobre "Calidad de vida, psoriasis y eccema". Seleccionadas 5 los dermatólogos del servicio, informados del estudio de investigación que estamos realizando, nos han proporcionado bibliografía referente al tema. Se han incluido estudios con series amplias, cortas y descripción de casos aislados. Existe un amplio número de artículos interesados en cuantificar la tensión psicosocial en pacientes con desfiguraciones faciales. Ocho artículos que tratan de encontrar los cuestionarios con mayor fiabilidad y validez para medir la calidad de vida de estas personas. Siete artículos, son estudios comparativos entre un grupo control y un grupo experimental. Catorce diseños antes-después. Siete trabajos de investigación que comparan la afectación psicológica entre hombres y mujeres ante las diferentes patologías y dos estudios prospectivos. El número de personas elegidas para los estudios oscilaba entre 25 y 600 pacientes, que rellenaban diferentes baterías de test: sobre calidad de vida en dermatología (DLQI), Skindex (QOI), ansiedad y depresión (HAND), cuestionario en experiencia con quejas de la piel (QES), impacto del melasma sobre la calidad de vida (MELASQOL), cuestionario sobre la vida diaria (ALLTAG) y en algún estudio se midió previamente el miedo a la evaluación negativa (FNE).

Resultados

Los resultados de la búsqueda bibliográfica se han seleccionado atendiendo a 4 grupos denominados: Impacto psicológico, enfermedades dermatológicas, familia y amigos, y maquillaje terapéutico.

1. Impacto psicológico en el paciente con lesiones cutáneas.

La literatura científica presenta grandes diferencias de opiniones sobre si las enfermedades que afectan a la piel suponen un impacto negativo sobre la función psicológica y emocional de algunos pacientes. En las últimas décadas, diferentes estudios han aportado evidencias que demuestran que las enfermedades que deterioran la apariencia física pueden tener un grave impacto cognitivo, emocional y conductual en los pacientes que las padecen²⁷. La piel es un órgano extenso situado en el exterior, por tanto, visible. Recibe estímulos continuamente, pero también actúa como emisor de emociones a través de las manifestaciones de la respuesta vegetativa (palidez, rubor, sudoración y piloerección). Al ser la piel un órgano con una importante función social, su desfiguración estética y el consecuente estigma social podrían afectar a la calidad de vida y generar distrés²⁸.

Cuando el aspecto de la piel está alterado por una enfermedad, se genera un impacto emocional adicional sobre el individuo. El paciente puede mostrar prejuicios sobre la enfermedad, compartidos por la sociedad en general, en forma de sentimientos de culpabilidad y exigencias perfeccionistas sobre el aspecto físico del afectado. Estos prejuicios también abarcan temores sobre el posible contagio del mal desfigurante y la puesta en duda de un correcto aseo corporal por parte del paciente. La actividad sexual, como el resto de relaciones interpersonales, estaría inhibida por la percepción de la falta de atractivo físico que supone padecer la enfermedad.

La presencia de lesiones en áreas visibles, como las manos o la cara, junto al curso crónico de la mayoría de lesiones desfigurantes, pueden influir de manera negativa en el desarrollo de la vida social y laboral. Entre otras manifestaciones psicológicas, podemos encontrar sentimientos de ansiedad, vergüenza,

frustración, ira, depresión, desesperanza y anticipación del rechazo. El impacto social condiciona conductas de inhibición para participar en actos sociales o acudir a lugares públicos²⁹. El enfoque terapéutico para corregir el impacto psicológico debería incluir el desarrollo de la empatía, la educación de pacientes y comunidad, y, si es preciso, remisión a una consulta psiquiátrica o psicológica³⁰.

2. Peculiaridades sobre algunas enfermedades dermatológicas.

A continuación, vamos a repasar las peculiaridades de algunas enfermedades cutáneas respecto a su impacto emocional en el paciente.

- **Vitiligo.** El vitiligo se caracteriza por la ausencia de pigmentación de la piel, siendo característica la afectación facial alrededor de la boca y ojos, y también la de las manos. La mayoría de los estudios sobre su impacto psicológico han sido realizados en EE.UU. y Reino Unido. Ongenae et al³¹ demostraron que los pacientes con vitiligo sufren baja autoestima, deterioro de la imagen corporal percibida y mala calidad de vida. Porter et al³² estudiaron los factores de riesgo de impacto emocional en estos pacientes, observando que aquéllos con mejor autoestima sobrellevaban mejor la presencia de lesiones. Los pacientes más jóvenes y aquéllos con mala condición socioeconómica demostraron peor afrontamiento. Otro estudio³³ concluyó que las mujeres tenían un mayor empeoramiento de su salud psicológica (relaciones sociales y actividad sexual). En los niños se ha comprobado la presencia de ansiedad, depresión, agresividad e irritabilidad. Además, cuando la enfermedad comienza en la infancia existe una tendencia al aislamiento social, a una percepción de rechazo y, como consecuencia, dificultades en las relaciones interpersonales³⁴. Por ello, muchos autores insisten en la importancia de reconocer y ocuparse del componente psicológico de esta enfermedad para mejorar la calidad de vida de estos pacientes³⁵.
- **Acné.** Existen muchos artículos que hacen referencia a la relación que existe entre acné y calidad de vida, pero, hasta hace poco, apenas se había medido de forma específica su relación con la ansiedad y la depresión. Yazici et al³⁶ evaluaron el índice de calidad de vida en acné (AQOL) y el índice de calidad de vida dermatológica junto con la escala de ansiedad y depresión (HAD). Los resultados indicaban que se afectaba negativamente la calidad de vida y que cuanto mayor era este deterioro, mayores eran los niveles de ansiedad y depresión. La consideración del impacto psicosocial del acné por parte de los clínicos, ha hecho que se vigile de cerca este aspecto y que se considere a la hora de decidir la actitud terapéutica más adecuada.
- **Dermatitis atópica.** Aunque es una enfermedad típica en la consulta pediátrica, muchos adultos continúan afectos, aunque generalmente de forma más leve. Los párpados, los pliegues del cuello, las flexuras y el dorso de las manos, son localizaciones características en la forma infantil y del adulto. El estrés podría intervenir en la exacerbación de los brotes y al ser una dermatosis crónica y muy pruriginosa, un mal control del prurito puede determinar cuadros depresivos. Holm et al³⁷ observaron que la morbilidad transmitida por el propio paciente era constante entre mujeres, pero no tanto entre los varones. Con estos datos interpretaron que la afectación de áreas visibles en pacientes con dermatitis atópica tenía mayor repercusión sobre las mujeres. No obstante, el deterioro de la calidad de vida viene determinado por el sentimiento de estigmatización y el aislamiento social al que conduce conductas de evitación similares a las observadas en los pacientes psoriásicos³⁸.
- **Psoriasis.** La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, que produce placas eritematosas con

descamación plateada en codos, rodillas, cuero cabelludo y otras localizaciones. La afectación facial (seborrhis) es infrecuente, pero cuando aparece se acompaña de un importante deterioro de la vida social. Maroti et al³⁸ realizaron entrevistas a pacientes afectados de psoriasis o dermatitis atópica, observando conductas de evitación de lugares públicos (piscinas, gimnasios, clubs deportivos, etc.) en los que podrían exponer áreas de piel afectada y la adopción de hábitos de vestimenta peculiares para cubrir las lesiones. Este sentimiento de estigmatización era percibido como limitante del desarrollo de sus relaciones sociales. Esta enfermedad tiene una relación importante con el estrés, considerándose como uno de los factores desencadenantes y de exacerbación. El curso crónico de la enfermedad y su carácter desfigurante, unido a las limitaciones de la vida social y al deterioro de la calidad de vida, puede generar ansiedad y depresión (incluso ideación suicida).

3. Importancia del apoyo de familiares y amigos (red social de apoyo).

Algunos factores familiares determinan el impacto emocional que una enfermedad crónica de la piel (dermatitis atópica, psoriasis, vitiligo, etc.) puede tener en la vida de los pacientes. Si la relación entre un niño afectado y su cuidador no es buena, el desarrollo de una percepción estable de su imagen corporal puede estar comprometido y la autoestima disminuida. El apoyo de familiares y amigos (red social de apoyo) es importante para conseguir respuestas conductuales que favorezcan la adaptación a la enfermedad³⁹.

Sommerfeld et al⁴⁰, en un estudio de 25 pacientes con desfiguraciones faciales, encontró entre estos pacientes una tendencia a habitar en ambientes negativos. Además de tener que hacer frente a las consecuencias de la enfermedad y su carácter crónico, el paciente solía sentir vergüenza de sí mismo. Estas experiencias negativas, en muchos casos, conducen a problemas de comportamiento, aislamiento, repercusiones en la vida laboral o a crisis emocionales graves.

En la actualidad, se sabe que las enfermedades dermatológicas tienen un impacto importante en las vidas de pacientes y de sus familias. Resulta interesante conocer que aunque hay muchos instrumentos para medir la calidad de vida relativa a la salud de los pacientes, todavía no se ha desarrollado ninguna medida para cuantificar el impacto secundario en sus familiares. En un estudio reciente⁴¹ y en relación con esto último, se encontró una fuerte correlación entre los resultados del índice de calidad de vida de los pacientes, de sus familiares y de la gravedad de la enfermedad dermatológica.

4. Maquillaje terapéutico.

La imagen corporal es uno de los factores que mayor influencia tienen en las interacciones sociales. Alteraciones de la pigmentación como el vitiligo o el cloasma, malformaciones vasculares como las manchas en vino de Oporto, procesos inflamatorios como el acné y cualquier proceso capaz de generar cicatrices en áreas expuestas, pueden angustiar a los pacientes y causar alteraciones psicológicas como depresión, pérdida de autoestima, angustia y deterioro de la calidad de vida. Como ya hemos comentado, los pacientes que padecen estas enfermedades experimentan diariamente sentimientos de estigmatización y de baja autoestima. En estos pacientes, la rehabilitación cosmética sería una herramienta terapéutica más para ayudarles a hacer frente de manera constructiva al trauma psicológico y físico debido a sus desfiguraciones⁴². El maquillaje de camuflaje consiste en un conjunto de productos cosméticos que se aplican y se quitan diariamente para cubrir un defecto de forma transitoria. La persona que tiene una



desfiguración facial, causada por enfermedad o traumatismo, una alteración de la pigmentación cutánea, o una malformación congénita, puede utilizar diversas técnicas de maquillaje con el fin de corregir esas imperfecciones. El objetivo de estas técnicas es normalizar el aspecto camuflando las lesiones y homogeneizando el tono y la textura de la superficie cutánea. De esta forma, se facilita que los pacientes se reintegren en su vida cotidiana, disminuyendo la sensación de estigmatización y ayudándoles a percibir su aceptación en el entorno social. Mediante talleres especializados se puede enseñar al paciente a utilizar una, dos o varias técnicas de maquillaje corrector para camuflar las lesiones y mejorar su aspecto. Se han descrito cuatro técnicas básicas:

1. Una cubierta opaca, impermeable para cubrir una cicatriz o defecto amplio.
2. Maquillaje de crepe para los pacientes con piel acneica.
3. Correctores de color para borrar las cicatrices recientes, en el periodo del postoperatorio.
4. Técnicas reconstructivas con maquillaje para imperfecciones de la piel⁴³.

Los expertos están de acuerdo en que el aprendizaje de estas técnicas debería estar bajo la supervisión de un especialista cualificado y correctamente entrenado para seleccionar la mejor opción según las características de las lesiones y las peculiaridades del paciente⁴⁴.

En la literatura científica encontramos varios ejemplos en los que el maquillaje terapéutico dio buenos resultados en pacientes con lesiones crónicas, sin otra opción terapéutica. Por ejemplo, Tedeschi et al⁴⁵ emplearon esta técnica en 15 niños y adolescentes, entre 7-16 años de edad, durante dos años. La mayoría de estos pacientes tenían acné o vitiligo. Al final del estudio se concluyó que el maquillaje correctivo era bien acogido como tratamiento a largo plazo en pacientes con lesiones crónicas para los que no existía otra terapia convencional eficaz.

El acné, una patología dermatológica importante por su frecuencia, es otro buen ejemplo. No es raro que muchos pacientes, después de haber pasado por distintos médicos, se muestren desilusionados por la persistencia de lesiones de su enfermedad y de cicatrices⁴⁶. El uso combinado de productos cosméticos como jabones, mascarillas y cremas hidratantes contribuye a la eficacia del tratamiento médico del acné, pero algunos de estos cosméticos pueden tener una eficacia limitada sobre la apariencia de las lesiones de acné. Por ello, algunos especialistas proponen integrar las técnicas de maquillaje corrector dentro del arsenal terapéutico frente al acné, vigilando que estos cosméticos sean no comedogénicos⁴⁷.

Desde que sabemos que muchas dermatosis pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente un objetivo fundamental en el desarrollo de cualquier estrategia terapéutica es medir su impacto en la mejoría de la calidad de vida. Con este fin se diseñó el estudio de Ochsendorf et al⁴⁸, eligiendo una muestra de 20 mujeres con lesiones faciales (edades comprendidas entre 16-69 años), de las cuales 8 padecían acné, 9 rosácea, 2 lupus discoide y una vitiligo. Un maquillador les dio instrucciones para el uso de cosméticos correctivos, pasándoles un cuestionario de calidad de vida (DLQI) antes de la primera aplicación y dos semanas después. El estudio concluía que el uso de cosméticos correctivos en enfermedades desfigurantes de la piel es una medida eficaz y bien tolerada, que aumenta la calidad de vida de estos pacientes. También recomendaba la aplicación de cosméticos correctivos como tratamiento complementario de las enfermedades desfigurantes. Holmes et al⁴⁹ evaluaron el impacto en la calidad de vida percibida (QoL) del asesoramiento profesional en técnicas de maquillaje corrector, realizando un estudio en tres centros. Se incluyó a 135 pacientes con lesiones dermatológicas crónicas (alteraciones de la pigmentación, cicatrices y alteraciones vasculares) de larga evolución. Se les pasó un cuestionario dermatológico específico de calidad de vida percibida (QoL) y el índice de calidad de vida de dermatología (DLQI), antes y 1 mes después de su primera visita al instructor en técnicas de maquillaje corrector. El análisis de los datos demostró una diferencia significativa en los resultados sobre la calidad de vida antes y después de la visita a la clínica, concluyendo que este procedimiento mejoraba la calidad de vida percibida por los pacientes.

Otro estudio interesante es el de Meril-Kieny et al⁵⁰, llevado a cabo sobre una muestra de 90 pacientes oncológicos que recibían quimioterapia y presentaban un deterioro de su aspecto físico debido a alopecia ciliar, cambios de complexión y contorno irregular de labio. Estos pacientes fueron tratados por esteticistas, demostrando que el maquillaje correctivo podía mejorar la calidad de vida de estos pacientes con una buena tolerancia. Los resultados de estos estudios demuestran que el aspecto físico se concibe como una señal de identidad personal y que cualquier lesión desfigurante puede generar importantes repercusiones psicosociales y deterioro en la calidad de vida⁴⁸⁻⁵¹. Según expresa Deshayes et al⁵² en una revisión de 2008 para una importante revista dermatológica, el uso de maquillaje correctivo debería incluirse entre las recomendaciones de los dermatólogos para los cuidados de enfermedades desfigurantes de la piel, ya que mejora la calidad de vida sin interferir de forma negativa en el tratamiento.

Discusión

En la actualidad, los profesionales sanitarios aceptan que ciertas lesiones dermatológicas y, particularmente, aquéllas que afectan a zonas visibles, pueden producir distrés, depresión, ansiedad, inhibición en las relaciones sociales y deterioro de la calidad de vida. Particularmente, en el caso de procesos crónicos y/o lesiones desfigurantes que afectan a zonas sensibles bajo un punto de vista estético (como la cara, el cuello o las manos), la utilización de maquillajes cubrientes específicos puede tener una repercusión positiva y mejorar la calidad de vida del paciente sin interferir con otros tratamientos. Por otro lado, es una medida terapéutica bien tolerada y que no produce ningún efecto secundario grave.

Los objetivos de las técnicas de maquillaje corrector son unificar el tono del área afecta y dar uniformidad a la textura de la superficie cutánea para obtener un efecto global que se traduzca en la mejoría del aspecto y no sólo el simple camuflaje de la lesión. Según refiere Goffman⁵³, aprender a disimular un “defecto” constituye una de las fases de la socialización del individuo estigmatizado. Así, si el individuo estigmatizado se acepta y respeta a sí mismo, no sentirá necesidad de ocultar su “defecto”, pudiendo llegar a superar la fase de “encubrimiento”. Las personas dispuestas a admitir un estigma, porque su existencia es claramente perceptible, pueden, no obstante, esforzarse para que este estigma no destaque demasiado. El objetivo de estos individuos es reducir la ansiedad que les produce la lesión estigmatizante y cómo ésta determina su interacción con los demás. Atenuar el impacto visual del estigma, por una parte, evita que éste sea, para él mismo y para los demás, objeto de atención. De forma secundaria, también se pretende mantener una participación espontánea (no condicionada por el estigma) en el contexto de la interacción. Dicho de otro modo, el individuo no debería sentir amargura, resentimiento, o autocompasión si ha conseguido admitirse a sí mismo tal cuál es; Enfrentando su estigma con espontaneidad, aunque recurra a técnicas que no ocultan pero sí minimizan su impacto visual. De esta forma, podría demostrarse a sí mismo y a los demás que ejerce un notable control de la situación⁵⁴.

Correctores del tono de la piel⁵⁵

Problema	Corrector	Empleo
Cicatrices	Corrector de poder cubriente.	Aplicar con esponja o dedos.
Pieles amarillas	Corrector malva.	Aplicar con esponja o dedos.
Cicatrices atróficas zonas hundidas	Corrector beige.	Difuminar suavemente.
Cicatrices hipertróficas zonas rugosas	Stick marrón.	Difuminar suavemente.
Discromías rojizas. Cicatrices recientes. Couperosis.	Stick verde.	Difuminar suavemente.
Discromías azuladas ojeras	Stick amarillo.	Difuminar suavemente.

Maquillajes⁵⁶

- **Fondo de maquillaje corrector fluido:** Textura libre de grasas. Disponible en 4 tonos luminosos: clasificados por una numeración que va del tono más claro al más oscuro.
- **Fondo de maquillaje corrector compacto:** Unifica el tono de pieles sensibles e intolerantes. Corrige perfectamente imperfecciones. Garantiza un acabado de maquillaje natural sin sobrecarga en una aplicación suave que preserva el confort cutáneo. Disponible en 3 tonos: clasificados en una numeración del 1 al 3, desde el color más claro al más oscuro.
- **Atenúan las irregularidades sin marcarla:** Aseguran un tono liso y luminoso. Formulado para las pieles secas y sensibles, se funde con la piel sin tirantez, ni efecto grasa. Acabado delicadamente satinado. Disponible en 5 tonos: siendo el 1 el número más bajo en tonalidad y el 5 el de mayor tonalidad.
- **Fondo de maquillaje fotorregulador:** Resultado natural y larga duración. Alisa difumina las imperfecciones del rostro: arrugas, granitos cicatrices. Efecto alisado óptico. Textura “oil free” hidratante, no grasa, pieles normales y mixtas.
- **Textura crema ligera acabado polvo-mate:** Cubre las imperfecciones. Suaviza la piel. Disponible en 5 tonos.
- **Textura compacta anti-deseccante para un acabado crema-polvo que homogeneiza sin efecto sobrecarga:** No oclusivo, permite homogeneizar y matificar el tono de piel de forma duradera y con un acabado natural. Disponible en 3 tonos. Enumerados del número 1 al 3 según el grado de color.

Conclusiones

Los pacientes con lesiones desfigurantes suelen mostrar un comportamiento retraído en su vida cotidiana debido al sentimiento de estigmatización percibida y de baja autoestima que éste genera. Junto a un grado variable de aislamiento social y conductas de evitación, podemos encontrar alteraciones psicológicas como distrés, ansiedad y depresión, determinando un deterioro importante de la calidad de vida del paciente.

Todavía es frecuente encontrar casos de lesiones faciales desfigurantes en los que la dermatología y la cirugía plástica, a pesar de los recientes avances que han experimentado estas disciplinas médicas, no pueden ofrecer opciones terapéuticas eficaces. En estos casos, el camuflaje cosmético debe considerarse como una alternativa terapéutica eficaz que se ha desarrollado para aliviar el sufrimiento de estos pacientes⁵⁷.

- **Ansiedad:** Estado de aprensión, inseguridad, temor o terror causado por una amenaza anticipada real o imaginaria⁵⁸.
- **Depresión:** Trastorno psicológico caracterizado por una alteración del humor con tristeza y dificultades para comer, dormir y concentrarse⁵⁹.
- **Estrés:** Respuesta inespecífica del organismo frente a cualquier exigencia externa que pone en marcha una serie de respuestas adaptativas. Cuando no se desarrollan respuestas adaptativas (distrés), se producen repercusiones psicológicas⁶⁰.
- **Autoestima:** Percepción de la valía personal y las competencias que un individuo asocia a la imagen de sí mismo⁶¹.
- **Evitación:** Conducta para eludir las supuestas repercusiones de un estímulo percibido como nocivo por el individuo⁶².

Bibliografía

- 1 Benavente Garcés M.A., Ferrer Ferrándiz E., Francisco del Rey C, Fundamentos de enfermería, juicio diagnóstico: Valoración y Diagnóstico Pág. 239-244, Juicio y acción Terapéutica: planificación, ejecución, evaluación. Pág. 277-305, Editorial DAE, Madrid, 2001.
- 2 Diccionario enciclopédico Larousse 1ª Edición Editorial Planeta, Barcelona 1984.
- 3 La Dermatología a través de los siglos. Momento Médico Ibero Americana, SL, Madrid 2007, pag. 5-11.
- 4 http://es.wikipedia.org/wiki/Indumentaria_en_el_Antiguo_Egipto
- 5 http://es.wikipedia.org/wiki/Indumentaria_en_el_Antiguo_Egipto
- 6 http://es.wikipedia.org/wiki/Indumentaria_en_el_Antiguo_Egipto
- 7 C:\Users\angeles\Documents\Ψ\doctorado\Maquillaje\descripcion\Historia del Maquillaje. Facial y Consejos del Maquillaje Moderno.htm
- 8 <http://perso.wanadoo.es/maquillajeprofesional/historiamaquillaje.html>
- 9 http://es.wikipedia.org/wiki/Indumentaria_en_el_Antiguo_Egipto
- 10 C:\Users\angeles\Documents\Ψ\doctorado\Maquillaje\descripcion\Historia del Maquillaje. Facial y Consejos del Maquillaje Moderno.htm
- 11 <http://perso.wanadoo.es/maquillajeprofesional/historiamaquillaje.html>
- 12 C:\Users\angeles\Documents\Ψ\doctorado\Maquillaje\descripcion\Historia del Maquillaje. Facial y Consejos del Maquillaje Moderno.htm
- 13 http://www.uymaholdings.com/Maquilleje_y_cosmético_Covermark-/paginas/noved.htm
- 14 Martínez Sánchez G., Atlas Dermatológico en Atención Primaria. Enfermedades del folículo piloso y anejos. Pág. 102-103, Ed. Integración & Métodos Barcelona 2004.
- 15 Fitzpatrick B.T., Johnson R.A., Wolff K. et al Atlas de Dermatología Clínica. Trastornos de las glándulas sebáceas y apocrinas. Pág. 2-3; 3ª Edición. Mc Graw-Hill. Interamericana. Mexico 1997.
- 16 Martínez Sánchez G., Atlas Dermatológico en Atención Primaria. Enfermedades del folículo piloso y anejos. Pág. 103-104, Ed. Integración & Métodos Barcelona 2004
- 17 Fitzpatrick B.T., Johnson R.A., Wolff K. et al Atlas de Dermatología Clínica. Trastornos de las glándulas sebáceas y apocrinas. Pág. 12-15; 3ª Edición. Mc Graw-Hill. Interamericana. Mexico 1997.
- 18 Fitzpatrick B.T., Johnson R.A., Wolff K. et al Atlas de Dermatología Clínica. Trastornos de la cinética y diferenciación celular. Pág. 76-97; 3ª Edición. Mc Graw-Hill. Interamericana. Mexico 1997.
- 19 Martínez Sánchez G., Atlas Dermatológico en Atención Primaria. Conectivopatías. Pág.111-113, Ed. Integración & Métodos Barcelona 2004.
- 20 M.T. Fortú, Y. Encin, M.J. Etxebarri, J.M. Escuder, A.I. Bardó, S. Martíne. Enfoque global del enfermo oncológico en urgencias. Navarra Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Pamplona. Vol.27, Suplemento. 3, 2004. Pág. 9-17.
- 21 J.M. Mascaró. Pautas de diagnóstico y terapéutica en Dermatología. De la A a la Z. Len/Mayo Internacional, S.A. Barcelona 2007. Pág. 104-110.
- 22 Fitzpatrick B.T., Johnson R.A., Wolff K. et al Atlas de Dermatología Clínica. Trastornos de los vasos sanguíneos. Pág. 300-301. 3ª Edición. Mc Graw-Hill. Interamericana. Mexico 1997.
- 23 Martínez Sánchez G., Atlas Dermatológico en Atención Primaria. Trastornos de la pigmentación. Pag. 99-101; Ed. Integración & Métodos Barcelona 2004.
- 24 Fitzpatrick B.T., Johnson R.A., Wolff K. et al Atlas de Dermatología Clínica. Trastornos pigmentarios 287-294. 3ª Edición. Mc Graw-Hill. Interamericana. Mexico 1997. Pág. 174-175.
- 25 Fitzpatrick B.T. Johnson R.A., Wolff K. et al. Cicatrices hipertróficas y queloides. Atlas de Dermatología Clínica. 3ª Edición. Mc Graw-Hill. Interamericana. Mexico 1997. Pág. 174-175.
- 26 Lázaro Ochaíta L. Dermatología texto y Atlas. Alteraciones cutáneas en relación con trastornos vasculares periféricos. Pág. 262-263. Méditécnica Madrid 1993.
- 27 Guerra. A; de Lucas Laguna R; Feito. M, et al. Calidad de vida relacionada con la salud. Pág.8. Sanidad y Ediciones, S.L. Madrid 2006.
- 28 Guerra. A; de Lucas Laguna R; Feito. M, et al. Calidad de vida relacionada con la salud. Pág.9. Sanidad y Ediciones, S.L. Madrid 2006.
- 29 García Rodríguez J., Trastornos depresivos y enfermedades físicas. Formación continuada. Madrid Médico. Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Depresiones ocultas-1, nº 116 Abril-Mayo 2008: 1-16.
- 30 Ginsburg IH.: The psychosocial impact of skin disease. An overview Dermatol Clin. 1996 Jul; 14(3): 473-84.
- 31 Ongenaek K, Van Geel N, De Schepper S, Nae-yaert JM: Effect of vitiligo on self-reported health-related quality of life. Br J Dermatol. 2005 Jun; 152(6): 1165-72.
- 32 Porter J, Beuf AH, Nordlund JJ, Lerner AB: Psychological reaction to chronic skin disorders: a study of patients with vitiligo Gen Hosp Psychiatry. 1979 Apr; 1(1): 73-7.
- 33 Borimnejad L, Parsa Yekta Z, Nikbakht-Nasrabadi A, Firooz A: Quality of life with vitiligo: comparison of male and female muslim patients in Iran. Gen Med. 2006 Jun; 3(2): 124-30.
- 34 López González V.: Determinantes psicosociales en la aparición y curso del vitiligo. Rev. Cubana Medicina General Integral ISSN 0864-2125. 2000; 16 (2): 171-6.
- 35 Parsad D, Dogra S, Kanwar A.J.: Quality of life in patients with vitiligo Health Qual Life Outcomes. 2003 Oct 23; 1:58.
- 36 Yazici K, Baz K, Yazici AE, Köktürk A, Tot S, Demirseren D, Buturak V.: Disease-specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne J Eur Acad Dermatol Venereol. 2004 Jul; 18(4): 435-9.
- 37 Holm EA, Esmann S, Jemec GB: Does visible atopic dermatitis affect quality of life more in women than in men Gen Med. 2004 Dec; 1(2): 125-30.
- 38 Maroti M, Ulf E, Wijma B.: Quality of life before and 6 weeks after treatment in a dermatological outpatient treatment unit. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2006 Oct; 20(9): 1081-5.
- 39 1 the emotional impact of chronic and disabling skin disease: a psychoanalytic perspective: Dermatol Clin. 2005 Oct; 23(4): 619-27.
- 40 Sommerfeld S, Drepper H.: [Experience of their environment and disease by facially disfigured patients-recognition of the handicap as a prerequisite for rehabilitation] Rehabilitation (Stuttg). 1985 Aug; 24(3): 151-6.
- 41 Basra MK, Sue-HoR, Finlay Ay. The family Dermatology life Quality Index: measuring the secondary impact of skin disease.
- 42 Rayner VL. Cosmetic rehabilitation: Dermatol Nurs. 2000 Aug; 12(4): 267-71.
- 43 Rayner VL.: Camouflage therapy Dermatol Clin. 1995 Apr; 13(2): 467-72.
- 44 Westmore MG.: Make-up as an adjunct and aid to the practice of dermatology. Dermatol Clin. 1991 Jan; 9(1): 81-8.
- 45 Tedeschi A, Dall'Oglio F, Micali G, et al. Corrective camouflage in pediatric dermatology. Cutis. 2007 Feb; 79(2): 119-2.
- 46 Toombs EL.: Cosmetics in the treatment of acne vulgaris Dermatol Clin. 2005 Jul; 23(3): 575-81, viii.
- 47 Poli F: Cosmetic treatments and acne Rev Prat. 2002 Apr 15; 52(8): 859-62.
- 48 Ochsendorf F, Paeslack I, Kaufmann R, Zollner TM: Decorative cosmetics improve the quality of life in patients with disfiguring skin diseases. Eur J Dermatol. 2002 Nov-Dec; 12(6): 577-80.
- 49 Holme SA, Beattie PE, Fleming CJ: Cosmetic camouflage advice improves quality of life. Br J Dermatol. 2002 Nov; 147(5): 946-9.
- 50 Meril-Kieny, C, Norcera T, Mery S Medical corrective make-up in post-chemotherapy. Dermatol Ann Dermatol Venereol. 2008 Jan; Spec No 1: 25-8.
- 51 Sugiura S, Fujimoto Y, Nakata S, Nakashima T.: [A case report of sinonasal tumor: the effect of corrective make up training] Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho. 2006 Jun; 109(6): 535-7.
- 52 Deshayes P: Cosmetic camouflage for a better quality of life Ann Dermatol Venereol. 2008 Feb; 135 Suppl 3: S208-10.
- 53 Goffman E. Estigma: La identidad deteriorada. 1ª Ed. 10ª reimp. Amorrortu. Buenos Aires, 2006. Pag. 137.
- 54 Henrich E. y Kriegel L.: Association for the Aid of Crippled Children. Eds Experiments in Survival, Nueva York 1991. Pag.145.
- 55 Vargas Laguna E, Peña Payero M.L., y otros. Estudios Clínicos de laboratorio: Influencia de la ansiedad en diversas patologías dermatológicas. Hospital Clínico de San Carlos, IECR Madrid. Doyma, Barcelona, ESPAGNE (1909) (Revue. 2006, vol. 97, no10, pp. 637-643 [7 page(s) (article)] (13 ref.).
- 56 Prieto Leonor. Vivir sano. Salud de la piel. El maquillaje corrector o de camuflaje. Marzo 2001. www.saludalia.com/docs/salud/web_saludalia/vivir_sano/doc/cuidado_piel/doc/doc_maquillaje_corrector2.htm.
- 57 Antoniou C, Stefanaki C. Cosmetic camouflage. J Cosmet Dermatol. 2006 Dec; 5 (4): 297-301.
- 58 Pichot P, Lopez- Ibor Aliño JJ., Valdés Miyar M., DSM-IV, Trastornos de ansiedad. Ed. Masson, S.A. Barcelona 1999. Pág. 401-413.
- 59 Diane E. Papalia y Rally Wendkos Olds .Psicología Mc Graw-Hill Mexico, S.A. de C.V. 1190. Pág 557-562.
- 60 Diane E. Papalia y Rally Wendkos Olds .Psicología Mc Graw-Hill Mexico, S.A. de C.V. 1190. Pág. 364-390.
- 61 Bloch H., Chemama R., Gallo A et al. Edición española adaptada por Carboles J.A., Palomo T., Blanco Abarca A. y otros. Gran Diccionario de Psicología. Ediciones del Prado Madrid 1996, pag. 93.
- 62 Bloch H., Chemama R., Gallo A et al. Edición española adaptada por Carboles J.A., Palomo T., Blanco Abarca A., y otros. Gran Diccionario de Psicología. Ediciones del Prado Madrid 1996, pag. 318.

Onicocriptosis: un nuevo método terapéutico

Vicente Moreno Arroyo*, María de la O Granados Roldán* y Antonio M. Tejera Vaquerizo**

* Enfermero/a del Hospital Infanta Margarita en Cabra (Córdoba) Unidad de C.M.A. de Baena.

** F.E.A. Dermatología del Hospital Infanta Margarita en Cabra (Córdoba) Unidad de C.M.A. de Baena.

Correspondencia: vicentepae@terra.es



Foto 1.



Foto 2.

La onicocriptosis, más conocida como uña encarnada es el trastorno más frecuente de la uña y su patología es de gran interés para la enfermería.

Ocurre como consecuencia de la penetración de la lámina ungueal en los tejidos blandos que la rodean causando inflamación, eritema, dolor, infección y la aparición en algunos casos de tejido de granulación resultante de la cicatrización que se superpone sobre la lámina. La aparición de esta clínica conlleva una gran morbilidad, con el aumento de visitas a su MAP, enfermería, derivaciones a dermatología y las ausencias al trabajo o centros de estudio, de ahí la importancia de tratar esta patología de una manera rápida y eficaz, que permita al paciente reincorporarse lo antes posible a su rutina diaria, y recuperar pronto su estado de salud.

La uña encarnada es más común en varones, y suele presentarse con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes, suele aparecer en la uña del primer dedo del pie, generalmente en el borde externo, aunque puede afectar a los dos bordes y aparecer en otras localizaciones.

Entre las causas más frecuentes se encuentran: mecanismos anatómicos y mecánicos (al andar el peso del cuerpo se carga en el pie, y se produce una rotación medial de la uña, que se alivia al levantar el pie, este movimiento hace que la lámina se clave en el lecho ungueal), cortar la uña en redondo, zapato de pala estrecha, tacones, traumatismos y sobrecurvatura de la lámina ungueal (uña en teja), entre otros motivos.

Las opciones terapéuticas son variables, y abarcan desde métodos no invasivos (tratamiento con antibióticos, corticoides tópicos, separadores de algodón, higiene del pie, etc.) hasta métodos quirúrgicos. Éstos últimos tradicionalmente tratan la patología cortando la lámina, el lecho y la matriz ungueal evitando así su crecimiento, y quemando la matriz con fenol, con electrobisturí o simplemente legando la matriz, y eliminando el

tejido de granulación mediante escisión o electrocoagulación. En nuestro caso se trata de un varón de 22 años, fontanero, sin antecedentes de interés, y que presenta desde hace unos meses la uña del primer dedo del pie izquierdo encarnada en el borde externo con dolor intenso, eritema, edema y tejido de granulación con hipertrofia que se superpone sobre la lámina ungueal. Se propone tratamiento quirúrgico como método terapéutico ^(foto 1).

Material y método

- Quirófano o sala de curas.
- Mesa para instrumental quirúrgico.
- Material quirúrgico:
 - 1 portaagujas.
 - 1 pinza hemostática tipo mosquito.
 - 1 pinza de disección sin dientes.
 - 1 pinza de disección con dientes.
 - 1 tijera curva tipo metzembau.
 - 1 tijera recta tipo mayo.
 - 1 mango de bisturí.
- Hoja de bisturí.
- Lápiz dermatográfico.
- Guantes estériles.
- Gasas.
- Sutura monofilamento de 3/0 con aguja triangular.
- Gasa vaselinada tipo Tulgrasum®.
- Venda elástica de crepé.
- Esparadrapo.
- Campo quirúrgico fenestrado.
- Mepivacaina al 2%.
- Jeringa de 5 ml.
- Jeringa de insulina 0,5 ml y aguja de 29G.

Se coloca la paciente en decúbito supino con ambas piernas estiradas y se delimita la zona a extirpar con un lápiz dermatográfico, respetando el borde de la lámina ungueal ^(foto 2).

Se aplica antiséptico y se procede a anestesiar la zona. Inoculamos el anestésico en los bordes de la zona delimitada para extirpar (empleamos este método pues requiere menos cantidad de anestésico y el efecto analgésico es inmediato frente al bloqueo troncular), para ello utilizamos la jeringa de insulina de aguja 29G y bisel corto que es menos traumática.

Se realiza la incisión en forma de elipse amplia incluyendo el tejido fibrótico y de granulación y respetando el borde lateral de la lámina ungueal, se tuvo especial cuidado de no dañar el lecho y la matriz ungueal. La incisión fue lo suficientemente profunda para reseca un considerable volumen de tejido adyacente haciendo especial hincapié en el tejido celular subcutáneo ^(foto 3). No se realizó ablusión ungueal y el defecto se cerró con sutura de monofilamento de 3/0 ^(foto 4). A continuación se realizó una limpieza de la zona para retirar los restos hemáticos y de antiséptico y se aplicó povidona yodada, colocando un apósito con gasa vaselinada y vendaje compresivo. Se prescribió analgesia con metamizol 575 mg cada 8 horas durante los dos primeros días tras la intervención, no precisando analgesia adicional.

Se procedió a retirar el apósito compresivo a los dos días, realizando desde ese momento curas diarias con povidona, retirando los puntos de sutura a los 8 días de la intervención. No presentó complicaciones como sangrado ni infección.

Se revisó al mes y a los seis meses no habiendo presentado recidivas ^(foto 5).

Discusión

En la actualidad existen varios métodos quirúrgicos para el tratamiento de la uña encarnada sin una clara evidencia de cual es el mejor método para resolver este problema de salud. La ablusión de la lámina ungueal parcial o completa sólo es efectiva en un 30% de los pacientes; la plastia modificada de Emmer que consiste en la escisión amplia longitudinal y elíptica de la lámina, el lecho ungueal lateral, matriz ungueal y tejido granulomatoso se asocia con un índice de recurrencia entre el 5-20%; y la matricectomía química con fenol al 89% presenta unas recidivas entorno al 5%.

La principal desventaja común de los tres métodos anteriores es el resultado estético con un efecto cosmético peor, y el riesgo de aparición de distrofia ungueal o formación de espículas, frente al resultado estético de ésta técnica donde se respeta la integridad de la uña.

Clásicamente se ha considerado que la matricectomía es necesaria para mejorar el resultado del tratamiento y reducir el riesgo de recurrencia, sin embargo un estudio reciente ha puesto de manifiesto unos altos índices de curación con un resultado estético mejor y además preservando la matriz.

Esta técnica se basa en que la onicocriptosis se produce principalmente por una presión excesiva en los tejidos blandos laterales de la uña, por tanto la descompresión de la uña extirpando los tejidos blandos que rodean la lámina ungueal producen la resolución del problema sin necesidad de realizar resección de la matriz o lámina ungueal. Al ser una técnica menos agresiva y respetar la matriz no es necesario realizar isquemia y aplicar torniquete para mantenerla, puesto que el sangrado es mínimo durante la realización de la técnica. En conclusión, esta novedosa técnica demuestra que la onicocriptosis puede ser tratada quirúrgicamente sin necesidad de matricectomía con unos resultados cosméticos excelentes. La principal ventaja es la completa preservación de la anatomía de la uña, sin embargo la limitación en el número de trabajos existentes hacen necesarios estudios futuros que apoyen el resultado de este nuevo procedimiento para el tratamiento de la uña.

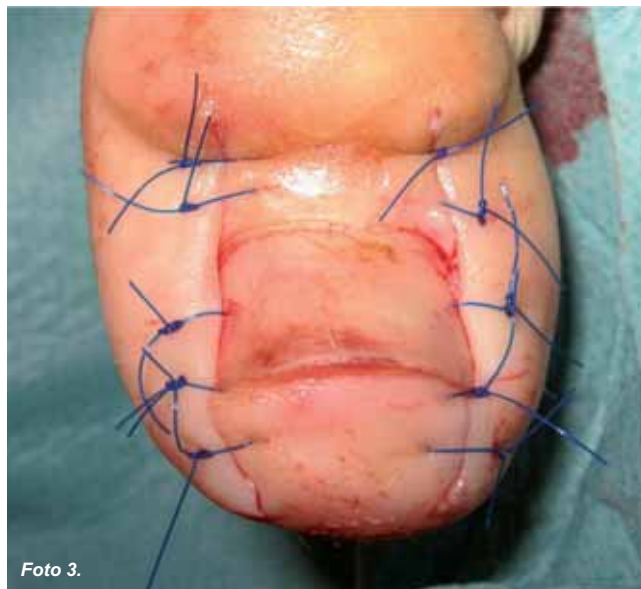


Foto 3.



Foto 4.



Foto 5.

Bibliografía

- 1 Noel, B., Surgical Treatment of Ingrown without Matricectomy. *Dermatol Surg* 2008; 34: 79-83.
- 2 Fernandez Jorge, B., Peña Penabad, C., García Silva, J.. Tratamiento de la onicocriptosis con matricectomía química con fenol. *Piel* 2009; 24: 46-51.

La gestión integral del paciente con pie diabético

Los cuidados sanitarios integrales del pie diabético ayudan a la persona diabética a la gestión de su salud

I Premio del V Premio SALVAT Curación de Heridas

Joan Blanco Blanco* y Ana Pérez Robles**

* Hospital Santa María. Lleida. **Enfermera. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

Correspondencia: Joan Blanco Blanco. Escuela de Enfermería de Lleida. C/Alcalde Rovira Roure, 44. 25198 Lleida. Telf. 973 70 24 43. E-mail: jblanco@gss.scs.es

Resumen del caso clínico

El pie diabético es una complicación de la Diabetes Mellitus de creciente prevalencia en los países desarrollados, lo presentan entre el 15 al 20% de todos los pacientes diabéticos. Constituye un problema de salud pública, tanto por su alta prevalencia, como por los enormes costes sanitarios y sociales generados por el elevado número de ingresos hospitalarios, la demanda de atención médica y la incapacidad laboral que provoca en los pacientes. Las consecuencias de un diagnóstico tardío o un tratamiento inadecuado conllevan a un alto coste sanitario, social y económico, provocando en su vertiente más trágica algún tipo de amputación.

Presentamos el caso de un paciente varón de 49 años, activo laboralmente y padre dos hijos, diabético tipo 1 insulino-dependiente de 11 años de evolución, presenta algunas alteraciones típicas de la diabetes, como la retinopatía diabética, sin alteraciones cardíacas, ni renales, diagnosticadas. No presenta otras enfermedades destacables, ni alteraciones hemodinámicas o metabólicas importantes. Su nivel socio-económico es bajo, motivo que condiciona los escasos y/o inadecuados cuidados de su diabetes, así como su “no conciencia” de enfermedad.

El paciente es diagnosticado de neuropatía diabética severa, presenta escasos signos de arteriopatía periférica y malperforante plantar en la cabeza del quinto metatarsiano del pie derecho, con osteomielitis de dicha articulación y flemón dorso-plantar extenso que abarca la parte externa del tercio distal de dicho pie.

El tratamiento etiológico consiste en reducir la hiperpresión que causó la úlcera, para conseguirlo, durante los primeros días del tratamiento deberá permanecer en reposo absoluto. En cuanto a la cura local, hay ciertas barreras que dificultan el proceso de cicatrización y para cada una de ellas existen medidas de control o para evitarlas. Algunas de las que encontramos en nuestro paciente son: la presencia de tejido desvitalizado, el exceso de exudado y la presencia de un desequilibrio bacteriano en la herida. Una vez extirpada la mayoría de tejido necrótico, hay que intentar desbridar todo el tejido esfacelado, este suele estar formado por esfacelos finos y muy adheridos, por lo que si dicha acción se realiza con material cortante, resulta difícil y excesivamente cruento. En el presente caso se optó por el desbridamiento enzimático, se aplicó sobre la herida Dertrase® pomada, que de manera directa eliminará el tejido desvitalizado de forma rápida y segura, ayudando además a controlar la presencia bacteriana en la superficie de la herida y de manera indirecta, disminuirá el exudado de la misma, dado que ayudará a controlar la carga bacteriana en la superficie de la herida y acortará la fase inflamatoria de la misma.

Historia clínica

Las heridas crónicas son particularmente difíciles de curar y requieren de un tratamiento intensivo, prolongado y habitualmente costoso que, con frecuencia, acaba incluyendo la hospitalización e incluso algunos procedimientos quirúrgicos. El pie diabético, uno de los tipos de heridas crónicas, es una complicación frecuente de la diabetes y constituye un grave problema de salud, con un riesgo de amputación 15 veces mayor que en una persona no diabética¹.

Presentamos el caso de un paciente varón de 49 años, actualmente en activo y padre dos hijos, diabético tipo 1 insulino-dependiente de 11 años de evolución, presenta algunas alteraciones típicas de la diabetes, como la retinopatía diabética, sin alteraciones cardíacas ni renales diagnosticadas. No presenta otras enfermedades destacables. Sin alteraciones hemodinámicas o metabólicas importantes, excepto hiperglicemia mantenida. Tensión arterial dentro de los límites normales (112/71 mm Hg), glicemia elevada (198 mgr/dL), HbA1c 9'8, índice de masa corporal 23'87 kg/m² y colesterol 171 mg/dL. Presenta leucocitosis al ingreso.

El paciente tiene un nivel socio-económico bajo, motivo que condiciona tanto los cuidados de su patología (no mantiene las cifras de glucemia dentro de límites aceptables, carece de cualquier tipo de cuidado de sus pies, no realiza revisiones oftalmológicas periódicas...), así como su “no conciencia” de enfermedad.

No toma medicamentos de manera habitual, excepto la insulina pautaada por su médico de cabecera, realizando algún control de glicemia capilar de manera puntual y básicamente cuando acude a revisión a su centro de salud.

El paciente presenta una herida en la planta del pie derecho, con flogosis grave en dedos de quinto a segundo, celulitis necrotizante dorsal, absceso purulento en el dorso del pie y signos de infiltración infecciosa en el tercio medio y distal del mismo pie. No refiere dolor en la zona.

Exploración

El paciente acude a nuestro hospital, después de una visita de urgencia a su centro de atención primaria, para valoración por el servicio de cirugía vascular de zona abscesificada en el dorso del pie derecho, con infiltración eritematosa y flogosis que abarca desde los dedos hasta el tercio medio de la zona dorsal de dicho pie.

No se observan heridas ni fisuras en las zonas de los dedos o uñas, pero se observa pérdida de la integridad cutánea

en la zona plantar, concretamente en la cabeza del quinto metatarsiano. Palpación del hueso a través de la úlcera, "Probe to bone" positiva con estilete y por consiguiente existe un elevado riesgo de osteomielitis²⁻³.

Se realiza exploración minuciosa del pie:

- Se palpan los pulsos de las arterias femoral, poplítea, tibial posterior y pedia. El llenado capilar es inferior a 2 segundos.
- Disminución de la sudoración.
- Piel seca.
- Presenta múltiples grietas en la zona de los talones y planta del pie.
- Piel caliente.
- Presencia de vello tanto en la extremidad, como en el empeine y en los dedos.
- Zonas de hiperqueratosis (helomas), especialmente en las cabezas de los metatarsianos.
- Maniobra de Samuels: No presenta signos de déficit de perfusión periférica.
- Sensibilidad presora: Exploración con el monofilamento de Semmens-Weinstein 5,07 (10 gr/cm²): Pérdida de sensibilidad superficial en 5 de los 10 puntos valorados.
- Sensibilidad palestésica o vibratoria: Se utiliza el diapasón graduado de Ryder-Syffer y presenta pérdida de sensibilidad profunda en 2 de los 5 puntos valorados, disminución del umbral de seguridad.
- Sensibilidad térmica: La exploración se realiza con la barra térmica y no percibe la sensación de frío-calor.
- Índice tobillo brazo en la extremidad inferior derecha: 1,1
- Reflejos osteotendinosos: Positivos.
- Se realiza radiografía del pie, donde se identifican pequeñas calcificaciones vasculares y pérdida de la cortical del hueso con destrucción ósea, que confirma a priori la sospecha de osteomielitis de la articulación metatarso-falángica del quinto dedo (se confirma de manera definitiva en el acto quirúrgico de desbridamiento de la herida).

Valoración de la úlcera. Exploración de signos y síntomas:

- Dolor neuropático: El paciente refiere sensación de quemazón que habitualmente se exagera por la noche (típica de la neuropatía diabética).
- Dolor local: No refiere dolor local acorde con la herida y patología de base que presenta.
- Tamaño: En el momento de la exploración y una vez desbridada la úlcera y las zonas infectadas en quirófano, presenta úlcera de 10 x 4 cm. en la zona lateral externa del pie derecho, con una profundidad máxima de 1,4 cm.



Foto 1. Malperforante plantar.

Se aprecia el malperforante plantar del quinto dedo puerta de entrada de la infección (1).



Foto 2. Foto inicial de la lesión.

Se aprecian restos tendinosos (2), óseos (3) y esfacelos (4).



Foto 3. Después de 3 días de tratamiento con Dertrase®.

Se aprecia una mayor granulación (5) y la desaparición total de los esfacelos (6).



Foto A.



Foto B.

- Lecho de la herida: Fondo granulomatoso, con restos de esfacelos, coágulos y exposición de tendones y estructuras óseas, así como una coloración amoratada relacionada con la infiltración infecciosa que padece el paciente.
- Signos de infección: En la actualidad la herida presenta signos clínicos compatibles con infección local (eritema, exudado abundante, inflamación...).
- Exudado: Abundante exudado sero-sanguinolento, con restos purulentos en los apósitos.
- Piel periulceral: Signos de infiltración infecciosa y maceración perilesional. En el resto del pie presenta piel seca, con signos de descamación, grietas y callosidades.

Diagnóstico

En los pacientes diabéticos, la hiperglicemia mantenida en el tiempo se relaciona frecuentemente con una lesión de los nervios sensitivos y/o motores del sistema nervioso periférico, con afectación de las extremidades inferiores y en especial de los pies. Dicha lesión puede provocar una pérdida de sensibilidad y deformidades de estas extremidades, esta afectación de los nervios sensitivos y/o motores se denomina neuropatía periférica⁴.

Analizados los datos obtenidos en la exploración del paciente y de la herida, se diagnóstica de úlcera neuropática, a la que se le asocia una calcificación arterial no obstructiva, con malperforante plantar en la cabeza del quinto metatarsiano del pie derecho y osteomielitis en dicha articulación. Además presenta celulitis necrotizante dorsal, con flemón dorso-plantar extenso que abarca la parte externa del tercio distal de dicho pie, desde los dedos hasta el tercio medio. El grado de la úlcera se realiza después del desbridamiento quirúrgico: Grado 3 según la escala de Wagner.

Diagnóstico vascular: Pie diabético neuropático con infección (séptico) y gangrena extensa irreversible (pie catastrófico).

Neuropatía diabética

La neuropatía diabética es, como hemos dicho anteriormente, una consecuencia tardía de la diabetes y de la hiperglicemia crónica. Existen diferentes tipos de neuropatía -autónoma, sensitiva y motora- que provocarían en definitiva lo que denominamos un pie de riesgo, es decir un pie donde si no se tienen los cuidados necesarios aparecerán úlceras y heridas, con el consiguiente riesgo de infección y posteriores amputaciones, selectivas o no¹⁻².

En nuestro caso y dada la aparición de una herida abierta, el paciente ya no presenta un pie de riesgo sino lo que se denomina, un pie neuropático.

En definitiva, su neuropatía sensitiva provocó en un principio sensaciones de disestesias, que evolucionaron a una pérdida de sensibilidad y a obviar microtraumatismos de repetición y pequeñas úlceras, puesto que estas no eran dolorosas. La neuropatía motora le modificó la estática y la dinámica de sus pies, provocando una sobrecarga en las cabezas de los metatarsianos y la formación de lo que se denomina dedos en garra o dedos en martillo, modificando los puntos de apoyo, que a su vez y favorecida por la neuropatía autónoma (conlleva trastornos en las características de la piel por disminución en la sudoración y la humedad, así como trastornos en la termorregulación, cosa que provoca que los tejidos sean más frágiles y carentes de elasticidad), acabó provocando zonas de hiperqueratosis reactivas y/o callosidades o helomas. Sobre éstas, en su día, se formó una bolsa sero-sanguinolenta (ampolla diabética) que se difundió a tejidos profundos por la presión y acabó provocando el malperforante plantar y en definitiva la puerta de entrada de la infección en el pie. Así entonces, el causante final del absceso de nuestro paciente fue la úlcera plantar del quinto dedo (foto 1), que dio entrada a una infección, por la alteración de la consistencia de la piel y ante la cual el organismo no pudo ofrecer todo su arsenal de defensa, a causa de las elevadas cifras de glucemia en sangre, puesto que la diabetes mal controlada provoca alteraciones de la capacidad defensiva del organismo.

Malperforante plantar

El paciente presenta un absceso dorso-plantar, como consecuencia de un malperforante plantar en la cabeza del metatarsiano del quinto dedo de su pie derecho. En el paciente diabético con neuropatía, la presión mantenida sobre una región anatómicamente alterada y no preparada para soportar esa presión, constituye un factor lesivo de primera magnitud, como es nuestro caso. Las zonas con sobrepresión se suelen rodear de un grueso callo y esto traduce la importancia de la hiperpresión en la producción y mantenimiento de la herida.

El fondo de la úlcera por malperforante, cuando lleva mucho tiempo de evolución suele ser sucio y con falta de granulación, además puede existir olor desagradable y/o

supuración. A veces el paciente, solo se da cuenta de la existencia de la úlcera a causa de la presencia de secreción purulenta en sus calcetines. Otras veces al explorar el pie no existe una ulceración clara, sino que la zona de hiperpresión está recubierta por piel, con signos de hemorragia o presencia de pus en su interior y que cuando se desbrida con instrumental cortante, aparece la úlcera.

Así, el malperforante plantar (o también denominado malperforante podal por no asentar siempre en la planta del pie) comienza con una hiperqueratosis circunscrita a la zona de apoyo, que poco a poco va reblandeciéndose y macerándose, incluso a veces se torna maloliente, pudiendo aparecer exudado purulento; allí de manera paulatina va apareciendo este tipo de úlcera, indolora y con forma de cráter⁵.

Tratamiento

El éxito del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con heridas crónicas, requiere un cuidado integral dentro de una estrategia de equipo interdisciplinar, este debe incluir al paciente, la familia y sus cuidadores; únicamente así conseguiremos una buena calidad de vida y la mejor arma para conseguir la cicatrización de la herida en un tiempo adecuado.

El tratamiento integral del paciente con pie diabético debe englobar diferentes esferas:

- Educación sanitaria y conciencia de enfermedad. Debemos enseñar al paciente los riesgos de la diabetes y la necesidad de un buen control de su enfermedad (control de las cifras de glicemia, dieta adecuada, ejercicio, cuidados de sus pies...).
- Rehabilitación y ortopedia. El paciente deberá llevar durante un tiempo y hasta la epitelización total de su herida, zapatos especiales para una descarga de la zona afectada. Una vez el paciente tenga cicatrizada su herida, deberá llevar una ortesis de silicona que supla el vacío dejado por la zona amputada y unas plantillas especiales que modifiquen los puntos de apoyo y den una estática y dinámica correcta a sus pies (foto A).
- Tratamiento etiológico. No podremos recuperar la sensibilidad de sus pies, pero deberemos hacer consciente al paciente de la alteración que padece y de que deberá revisar sus pies a diario y acudir a revisiones periódicas en su centro de salud, así como controlar las zonas con hiperpresión.
- Cuidados locales de la herida. Debemos prestar especial atención a:
 - Limpieza. Con suero fisiológico a una presión suficiente para la limpieza del lecho de la herida, pero preservando la integridad del tejido neoformado.
 - Desbridamiento. Quirúrgico en un principio de la zona infectada y enzimático a posteriori, como explicaremos más adelante.
 - Control de la carga bacteriana. Mediante la antibioterapia sistémica controlaremos la carga bacteriana que colonice tejidos profundos y mediante un antibacteriano asociado a la pomada enzimática, la que coloniza la superficie de la herida.
 - Colocación de un apósito adecuado y control del exudado. Utilizaremos en las primeras curas gasas de algodón estériles y en curas posteriores un apósito hidrófilo de espuma de poliuretano (Skinfoam® no adhesivo) que nos ayude a gestionar el exudado dentro de los límites de la lesión, minimizando el riesgo de maceración de los bordes perilesionales.



Foto 4. A los 6 días de iniciado el tratamiento.

La herida sigue una muy buena evolución, sin signos de colonización superficial de la misma.



Foto 5. A los 14 días de iniciado el tratamiento.

El tejido de granulación cubre la totalidad del fondo de la herida y empieza la epitelización (7).



Foto 6. Aspecto final a los 22 de iniciada la cura.

La herida ha cerrado parcialmente. No existen restos esfacelares ni tendinosos.



Foto C. Dertrase® preparado para su aplicación.



Foto D. Skinfoam® No Adhesivo colocado en la lesión.

De la misma manera el abordaje y los cuidados de enfermería incidirán en el tratamiento etiológico de la lesión, que consistirá básicamente en reducir la hiperpresión que causó la úlcera. Un alto porcentaje del éxito de curación de una herida neuropática depende de la realización de reposo de la zona lesionada². Por lo que de momento el paciente, en los primeros días de tratamiento, estará en reposo absoluto y a medida que la herida mejore, se le permitirá apoyar la extremidad pero no la zona afectada, eso lo conseguiremos gracias a zapatillas especiales que eviten el apoyo de la zona distal del pie, en nuestro caso una zapatilla de talón alto con una suela de goma^(foto B).

En cuanto a la cura local de la úlcera, la preparación del lecho de la herida es un concepto que permite unificar los criterios de actuación frente a una herida crónica, para conseguir que ésta, como decía el profesor Falanga⁶, cicatrice en un tiempo adecuado.

Se ha observado que existen ciertas barreras que dificultan el proceso de cicatrización de las heridas y en especial de las heridas crónicas y para cada una de ellas existen medidas para controlarlas y/o evitarlas. Algunas de las barreras que pueden retrasar el proceso de cicatrización de la úlcera que nos ocupa son: la presencia de tejido desvitalizado, el exceso de exudado y la existencia de un desequilibrio bacteriano en la misma⁷.

En primera instancia la lesión ha de ser desbridada en toda su extensión.

El uso del desbridamiento como un procedimiento estándar para la correcta gestión de la herida, se basa en gran medida en consensos de expertos, pero también en ensayos clínicos. Uno de estos ensayos que dan soporte al desbridamiento de las heridas crónicas se publicó en 1996 por Steed et al⁸. En este estudio las tasas de curación más altas se observaron en los centros de tratamiento que realizaban desbridamiento cortante en las úlceras del pie diabético de manera periódica, en comparación con otros centros que, por respeto o desconocimiento, no desbridaban tan a menudo. Con el desbridamiento se procede a la retirada de todos los tejidos y materiales no viables presentes en el lecho de la herida, puesto que la existencia de tejido desvitalizado constituye un obstáculo para que se desarrolle de forma adecuada la cicatrización y además, es un medio de cultivo ideal para la flora bacteriana, aumentando así el riesgo de infección⁹⁻¹⁰.

Si la herida aún se encuentra cubierta por la piel, debemos retirarla con bisturí y siempre guardando las más estrictas

normas de asepsia. Por este motivo y como ya hemos comentado, al paciente se le realizó en primer lugar un desbridamiento del tejido necrótico e infectado en quirófano, siendo necesaria la amputación de cuatro dedos y de la articulación osteomielítica.

En el acto quirúrgico y ante la sospecha manifiesta de la existencia de infección, se tomó una biopsia del tejido y del hueso osteomielítico -técnica de elección para cultivo de heridas crónicas y en especial del pie diabético¹¹ -para enviar al laboratorio y realizar cultivo y antibiograma, que fue positivo para *Streptococcus Viridians* sensible a penicilinas, por lo que el paciente fue tratado con Amoxicilina intravenosa durante 10 días.

Una vez extirpada la mayoría del tejido necrótico en el quirófano, hay que intentar desbridar todo el tejido esfacelado que aún está en la lesión. A veces esto resulta especialmente difícil ya que son unos esfacelos finos, muy adheridos y con material cortante (bisturí o tijeras) es difícil y excesivamente cruento, en estos casos podemos utilizar otros tipos de desbridamiento, como el desbridamiento enzimático, el autolítico, el biológico o incluso la combinación de varios de ellos⁷⁻¹²⁻¹³.

En la presente herida se optó por el desbridamiento enzimático por su seguridad, eficacia y rapidez¹⁴⁻¹⁶. Este tipo de desbridamiento se basa en la aplicación de enzimas exógenas (proteolíticas o fibrinolíticas) que funcionan conjuntamente con las endógenas, induciendo la hidrólisis del tejido desvitalizado y ayudando a su posterior eliminación.

Se aplicó sobre la herida Dertrase[®].

Dertrase[®] es una pomada desbridante con acción antiséptica de amplio espectro, por lo que de manera directa, eliminará el tejido desvitalizado y ayudará a controlar la presencia bacteriana en la superficie de la herida y de manera indirecta disminuirá el exudado de la misma⁶, hecho que controlará por una parte la carga bacteriana y por otra, ayudará a acortar la fase inflamatoria de la úlcera¹⁷⁻¹⁸, además su aplicación favorecerá la hemostasia¹⁹.

Dertrase[®] es una pomada que contiene dos enzimas con capacidad desbridante: la tripsina, que será la encargada de romper las proteínas en los enlaces con arginina y lisina; y la quimotripsina, que romperá las proteínas en los enlaces con triptófano, tirosina, fenilalanina y leucina. Las dos, son enzimas peptidasas que provocarán una proteólisis de amplio espectro (fibrina, elastina, colágeno y restos celulares), encargándose de romper los enlaces proteicos mediante un proceso de hidrólisis, formando

péptidos y/o aminoácidos²⁰⁻²¹, que a su vez favorecerán la presencia de macrófagos y factores estimulantes de la granulación -maduración de células de Langerhans y proliferación de queratinocitos²²⁻²³- que reducirán la inflamación de tejidos blandos y el edema asociado al proceso. Hay que señalar que las enzimas peptidasas están presentes en todos los organismos y constituyen del 1-5% del contenido del genoma. Estas enzimas están implicadas en multitud de reacciones fisiológicas, desde la simple digestión de las proteínas de los alimentos, hasta las cascadas altamente reguladas, como la cascada de coagulación sanguínea o el sistema del complemento.

A esas dos enzimas se les asocia en la pomada el nitrofurano, un derivado nitrofurano con actividad antiséptica y acción antibacteriana para una buena parte de los gérmenes patógenos que normalmente se aíslan en la superficie de la piel²⁴⁻²⁵. Si bien las infecciones del pie en pacientes diabéticos son de origen multifactorial, existen tres factores bien determinados que predisponen a ellas: inmunopatía, angiopatía y neuropatía. Esta última constituye, como venimos comentando, el factor más importante para la producción de úlceras en los pies.

Por ello Dertrase[®] es una pomada enzimática con actividad proteolítica y efecto antiséptico, muy recomendable para el desbridamiento de tejidos desvitalizados y con capacidad de control de la carga bacteriana en la superficie de la herida.

El modo de aplicación es muy sencillo, se debe aplicar una fina capa en la superficie de la herida evitando el contacto de la pomada más allá del área de la lesión tratada, evitando así el riesgo de maceración de la piel perilesional. La aplicación puede ser con torunda o gasas, pero nosotros preferimos la aplicación con jeringa, introduciendo la cantidad de pomada deseada dentro de una jeringa y aplicándola de manera estéril y controlada. Hay que tener en cuenta que la cantidad de pomada necesaria no debería exceder el 65-70% de la superficie de la herida, favoreciendo de esa manera la interacción de la misma con el exudado de la herida y evitando que la pomada entre en contacto con la piel sana (foto C).

En nuestro caso no fue necesario, pero a veces es recomendable la protección de la piel perilesional con vaselina, pomadas de óxido de zinc o productos barrera no irritantes, para evitar el contacto de la pomada con esa piel y disminuir el riesgo de maceración de la misma²⁶.

Por todo ello Dertrase[®] se erige como una excelente opción de tratamiento en las heridas con tejido desvitalizado y riesgo de infección, dado que tiene actividad en todas las fases de la cicatrización²⁷.

Evolución

Para entender la problemática e importancia de un buen abordaje del pie diabético por parte del equipo sanitario en general y la enfermería en particular, resulta de interés resaltar algunos datos epidemiológicos¹⁻²⁻³⁻⁴:

- Aproximadamente un 20% de los pacientes diabéticos desarrollarán úlceras de pie en algún momento de su vida.
- Entre el 50 y el 95% de los casos de amputaciones de extremidades inferiores de causa no traumática, corresponden a pacientes diabéticos.
- En hombres menores de 80 años, casi dos tercios de los casos de gangrena arteriosclerótica son resultado de la diabetes. En las mujeres casi el 80%.
- En un 40% de los pacientes amputados, se produce una segunda amputación en los cinco años siguientes, con una mortalidad del 50% dentro de los tres primeros.



Foto 7. A los 35 días de iniciado el tratamiento.
La herida sigue con una excelente evolución.



Foto 8. A los 52 días de iniciado el tratamiento.
Se cambió la cura con Dertrase[®] y Skinfoam[®] por un apósito de Sureskin[®] Border.



Foto 9. Aspecto final a los 60 días de iniciado el tratamiento.
La cicatriz es totalmente funcional.



Foto E. Aspecto de Sureskin® Border.

Por todo ello, la clave en el manejo de esta alteración se basa en la prevención y ésta a su vez, se apoya fundamentalmente en la educación sanitaria.

El paciente debe conocer cuáles son las situaciones que pueden poner en riesgo su pie al producirle lesiones, aunque sean mínimas. También debe aprender a autoexaminar sus pies. Muchas veces, la retinopatía asociada reduce la agudeza visual del paciente, lo que lleva a que el autoexamen no sea suficiente, en esas situaciones, debe educarse al familiar más cercano para que realice la evaluación⁴.

El paciente a su ingreso en nuestra unidad presentaba zona de desbridamiento amplia de 10 x 4cm. y 1,4 cm. de profundidad, con fondo granulomatoso, abundantes esfacelos, restos tendinosos y esquirlas óseas (foto 2), se procede a recomendar al paciente reposo absoluto en cama y cura local de la herida con lavados a base de abundante suero fisiológico, para posteriormente, aplicar Dertrase® mediante jeringa estéril en el 65-70% de la superficie de la herida.

La evolución es excelente y rápida, a los 3 días de cura con Dertrase® y gasas estériles, la zona de esfacelos ha desaparecido y aparece de manera paulatina tejido de granulación (foto 3). A los 6 días, desde el inicio del tratamiento, y ante el buen aspecto de la herida (foto 4) se decide sustituir el apósito secundario y cambiamos las gasas estériles por un apósito de cura en ambiente húmedo, en concreto un apósito polimérico hidrófilo de espuma, Skinfoam® No Adhesivo, que adaptamos al pie mediante un vendaje de protección no compresivo con venda de algodón, permitiendo una cura más adaptada a las necesidades de la lesión y preservando al máximo el tejido neoformado (foto D).

A los 14 días de haber iniciado el tratamiento con Dertrase® la totalidad del tejido esfacelar a desaparecido y el tejido de granulación cubre los restos de tejido tendinoso y óseo (foto 5).

A los 22 días (foto 6) la herida empieza a cerrar de manera parcial y presenta unas dimensiones de 7,5 x 2,5 cm. con una profundidad máxima de 2 mm. La evolución sigue siendo excelente, los bordes se aproximan y retraen, disminuyendo la superficie y profundidad de la lesión, por lo que se descarta de manera definitiva el cierre por tercera intención mediante injerto cutáneo. Se continúan curas con Dertrase® y Skinfoam® No Adhesivo hasta el día 40 desde el inicio de la cura consiguiendo un cierre rápido y totalmente funcional (fotos 7 y 8).

A partir del día 40 y dado que la herida es totalmente superficial y se encuentra en fase de epitelización, se decide cambiar la cura y tratarla mediante un apósito hidrocoloide con gelatinas vegetales (Sureskin® Border), hasta la cicatrización total de la misma que se produce a los 60 días desde que el paciente ingresó en nuestra unidad (foto E).

Discusión

La pérdida de las sensaciones protectoras producidas por la neuropatía sensitiva, determinó que nuestro paciente sometiera sus pies a situaciones inadecuadas de estrés mecánico al no notar el roce, la presión en el momento de apoyar, la fricción de un calzado muy ajustado o incluso la presencia dentro del mismo o en el suelo de elementos agresores como piedras, vidrios, etc. A todo ello le debemos sumar que la neuropatía motora que el paciente padece, ocasiona alteraciones musculoesqueléticas, como la atrofia muscular, el desplazamiento de la almohadilla plantar debajo de las cabezas de los metatarsianos o incluso la pérdida del tejido celular subcutáneo. Y por último, de manera adicional, la alteración del sistema nervioso autónomo, provocó una disminución de la hidratación del pie que contribuyó a favorecer problemas cutáneos, al favorecer la xerosis, las fisuras y las hiperqueratosis o helomas.

El resultado final fue un pie susceptible al traumatismo por sus deformidades, una menor protección del mismo por la ausencia de detección de la agresión mecánica y por la deficiente capacidad para responder a las agresiones externas, todo ello, debido a la presencia del compromiso vascular y a la diabetes mal controlada.

El objetivo principal del tratamiento, una vez el malperforante plantar había servido de entrada a una infección grave, era el desbridamiento del tejido no viable, preservando en la medida de lo posible el primer dedo del pie para facilitar la estática y dinámica de la extremidad, con la única excepción de esquivar un shock séptico y la posible muerte del paciente.

Los aspectos más importantes de este caso sobre tratamiento integral del pie diabético serán:

- La implicación del profesional de enfermería en el diagnóstico, tratamiento, prevención y educación para la salud de las úlceras en pies diabéticos, dado que no solo es de gran importancia, sino que garantiza el éxito de su evolución.

- La inspección de los pies por el profesional sanitario también es un aspecto a valorar, dado que el paciente no siempre da importancia a las pequeñas alteraciones que puedan aparecer en ellos o no tienen los conocimientos para hacerlo.
- Hay que tener en cuenta además, que el desbridamiento cortante de las zonas hiperqueratósicas en los pies de los pacientes diabéticos, es básica para una correcta evolución, dado que debajo de estas lesiones es habitual encontrarse zonas ulceradas. Como decía Armstrong⁵ en su artículo *"It's not what you put on, but what you take off: Techniques for debriding and off-loading the diabetic foot wound"* en la revista *Clinical Infectious Diseases*, *"lo más importante en el tratamiento del pie diabético no es lo que pones, sino lo que quitas"* refiriéndose al tejido no viable y a la presión como causa de las heridas.
- Las ortosis y descargas temporales o definitivas, adaptadas a las alteraciones biomecánicas personales de cada paciente, son fundamentales en el tratamiento y la prevención de recidivas.
- Se debe considerar como objetivo primordial evitar la amputación del primer dedo (como en el caso que nos ocupa) para favorecer la marcha y la recuperación del paciente, justificándose en el caso de que peligre la vida del paciente.

A pesar de la infinidad de medidas necesarias para la óptima gestión de la atención a las heridas, el desbridamiento es una parte básica que permite transformar el ambiente comúnmente hostil de una herida crónica, en un entorno más receptivo para permitir la cicatrización o para optimizar el uso de productos avanzados para el cuidado de la misma, o lo que es lo mismo, conseguir una correcta preparación del lecho de la herida.

En resumen, el desbridamiento correcto de la herida realizado por cualquier procedimiento, quirúrgico o no quirúrgico, es fundamental para la correcta cicatrización de la herida; puesto que permite eliminar el tejido desvitalizado, además de liberar la herida de bacterias perjudiciales, fi-

broblastos senescentes, células hiperproliferativas y al mismo tiempo estimular la importante actividad de los factores de crecimiento. Además, permite reducir la inflamación, los efectos nocivos del exceso de exudado y favorece una correcta granulación y posterior epitelización. Hay que tener en cuenta, que el método óptimo dependerá de las características únicas del paciente y de su herida.

Por todo ello consideramos un éxito la evolución del presente caso, dado que los cuidados han sido no solo efectivos, sino también eficaces, adaptándolos a las necesidades del paciente y herida y atendiendo en todo momento al concepto TIME de tratamiento avanzado de las heridas crónicas, con lo que conseguimos una rápida reinserción social y laboral.

Consideraciones éticas

Se solicitó consentimiento informado para la utilización de los datos de la historia clínica al paciente y se informó de su conformidad a la Dirección de enfermería de la que depende nuestra unidad; los autores garantizan, en todo momento, la protección de los datos extraídos de ella.

Asimismo, el paciente ha dado su consentimiento para la obtención de imágenes gráficas de sus lesiones, salvaguardando siempre su identidad y la confidencialidad de todos los datos. De la misma manera, se le garantiza que la utilización de las imágenes será siempre con fines científicos.

En general, las úlceras del pie diabético pueden prevenirse con un control cuidadoso de la diabetes y unos cuidados apropiados de los pies.

Es preciso que los diabéticos revisen a diario sus pies, incluidos los espacios interdigitales, teniendo en cuenta que si desarrollan un problema en los pies, deben consultar de inmediato con personal especializado.

Bibliografía

- Bentley J, Foster A. Multidisciplinary management of the diabetic foot ulcer. *Br.J.Community Nurs.* 2007 Dec; 12(12): S6, S8, S10 passim.
- Plummer ES, Albert SG. Diabetic foot management in the elderly. *Clin.Geriatr.Med.* 2008 Aug; 24 (3): 551-567.
- Sibbald RG, Armstrong DG, Orsted HL. Pain in diabetic foot ulcers. *Ostomy Wound Manage* 2003 Apr; 49 (4 Suppl): 24-29.
- Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. *JAMA* 2005 Jan 12; 293 (2): 217-228.
- Armstrong DG, Lavery LA, Nixon BP, Boulton AJ. It's not what you put on, but what you take off: techniques for debriding and off-loading the diabetic foot wound. *Clin. Infect. Dis.* 2004 Aug 1; 39 Suppl 2: S92-9.
- Falanga V. Wound healing and its impairment in the diabetic foot. *Lancet* 2005 Nov 12; 366 (9498): 1736-1743.
- Sibbald RG, Williamson D, Orsted HL, Campbell K, Keast D, Krasner D, et al. Preparing the wound bed-debridement, bacterial balance, and moisture balance. *Ostomy Wound Manage* 2000 Nov; 46 (11): 14-22, 24-8, 30-5; quiz 36-7.
- Steed DL, Donohoe D, Orbestier MW, Lindsley L. Effect of extensive debridement and treatment on the healing of diabetic foot ulcers. *Diabetic Ulcer Study Group. J. Am. Coll. Surg.* 1996 Jul; 183 (1): 61-64.
- Soldevilla JJ, Torra JE, Orbegoza A, Rovira G, Sancho A. Limpieza y desbridamiento. En: Soldevilla JJ, Torra JE, (Eds.) *Atención integral de las heridas crónicas*, Madrid: SPA S.L. 2004.
- Ayello EA, Cuddigan JE. Debridement: controlling the necrotic/cellular burden. *Adv. Skin Wound Care* 2004 Mar; 17 (2): 66-75; quiz 76-8.
- Pellizzer G, Strazzabosco M, Presi S, Furlan F, Lora L, Benedetti P, et al. Deep tissue biopsy vs. superficial swab culture monitoring in the microbiological assessment of limb-threatening diabetic foot infection. *Diabet. Med.* 2001 Oct; 18 (10): 822-827.
- Smith J. Desbridamiento de las úlceras del pie diabético. (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
- Singhal A, Reis ED, Kerstein MD. Options for nonsurgical debridement of necrotic wounds. *Adv.Skin Wound Care* 2001 Mar-Apr; 14(2): 96-100; quiz 102-3.
- Mekkes JR, Zeegelaar JE, Westerhof W. Quantitative and objective evaluation of wound debriding properties of collagenase and fibrinolysin/desoxyribonuclease in a necrotic ulcer animal model. *Arch. Dermatol. Res.* 1998 Mar; 290 (3): 152-157.
- Falanga V. Wound bed preparation and the role of enzymes: a case for multiple actions of therapeutic agents. *wounds* 2002; 14 82 9: 47-57.
- Elizalde MM, Barbero MA, Lozano JA. Utilización de la enzima collagenasa en procesos ulcerativos de etiología diversa. *Enfermería Científica* 2000 (216/2167): 63-67.
- Wakita H, Furukawa F, Takigawa M. Thrombin and trypsin induce granulocyte-macrophage colony-stimulating factor and interleukin-6 gene expression in cultured normal human keratinocytes. *Proc. Assoc. Am. Physicians* 1997 Mar; 109 (2): 190-207.
- Mann A, Niekisch K, Schirmacher P, Blessing M. Granulocyte-macrophage colony-stimulating factor is essential for normal wound healing. *J. Investig. Dermatol. Symp. Proc.* 2006 Sep; 11 (1): 87-92.
- Diegelmann RF, Cohen IK, Kaplan AM. The role of macrophages in wound repair: a review. *Plast. Reconstr. Surg.* 1981 Jul; 68 (1): 107-113.
- Cichoke AJ. *The Complete Book of Enzyme Therapy*: Gander City Park, NY: Avery Publishing Group; 1999.
- Whitcomb DC, Lowe ME. Human pancreatic digestive enzymes. *Dig. Dis. Sci.* 2007 Jan; 52 (1): 1-17.
- Meyer-Hoffert U, Rogalski C, Seifert S, Schmeling G, Wingertszahn J, Proksch E, et al. Trypsin induces epidermal proliferation and inflammation in murine skin. *Exp. Dermatol.* 2004 Apr; 13 (4): 234-241.
- Florin L, Maas-Szabowski N, Werner S, Szabowski A, Angel P. Increased keratinocyte proliferation by JUN-dependent expression of PTN and SDF-1 in fibroblasts. *J. Cell. Sci.* 2005 May 1; 118 (Pt 9): 1981-1989.
- Kala H, Ausborn D. Therapeutically used 5-nitrofur derivatives. Review of literature. 2. *Pharmazie* 1971 Apr; 26 (4): 193-207.
- Kala H, Ausborn D. Therapeutically used 5-nitrofur derivatives. 1. *Pharmazie* 1971 Mar; 26 (3): 121-134.
- Gago M, García RF. Cuidados de la piel perilesional. Madrid: Drug Farma; 2006.
- Buddenkotte J, Stroh C, Engels IH, Moormann C, Shpacovitch VM, Seeliger S, et al. Agonists of proteinase-activated receptor-2 stimulate upregulation of intercellular cell adhesion molecule-1 in primary human keratinocytes via activation of NF-kappa B. *J. Invest. Dermatol.* 2005 Jan; 124 (1): 38-45.

Múltiples úlceras por presión cavitadas y tunelizadas asociada a infección sistémica por MRSA

Antonio Erasto Villar Rojas*, Álvaro Rafael Villar Hernández** y María Dolores Morcillo Losa***

* Enfermero Responsable de la Unidad Integral de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Experto en UPP y HC por el GNEAUPP. Master Universitario en Cuidados y Curas de Heridas Crónicas. ** Enfermero Unidad de Urgencias. *** Enfermera de Medicina Interna. Área Hospitalaria Virgen Macarena, Sevilla

Correspondencia: Antonio Erasto Villar Rojas. Unidad Integral de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Avd/ Dr. Fedriani, 3. 41003 Sevilla.
E-mail: cuidados.macarena.hvm.sspa@juntadeandalucia.es



Foto 1.

Resumen

El desbridamiento de una lesión constituye una etapa obligatoria para la evolución favorable de una lesión ya sea aguda o crónica. Un estudio publicado en este año 2009 muestra, una vez más, que la infección en pacientes con lesiones por presión importantes puede desembocar en una sepsis, con una mortalidad del 68% a los 6 meses. Presentamos el caso de un varón de 67 años de edad con múltiples úlceras por presión asociadas a septicemia. Para el desbridamiento de las lesiones utilizamos la combinación de un apósito antimicrobiano de tecnología Hydrofiber con plata iónica impregnado en una solución de polihexanida betaína. Observamos una excelente evolución y la obtención del cierre completo de las úlceras por presión presentes.

Palabras clave: úlcera por presión, desbridamiento, sepsis, apósito de hidrofibra de hidrocoloide con plata iónica, solución de polihexanida betaína.

Introducción

El desbridamiento de una lesión constituye una etapa obligatoria para la evolución favorable de una lesión ya sea aguda o crónica¹ así como evitar los riesgos para el paciente que representan una úlcera infectada.

Un estudio publicado en este año 2009 muestra, una vez más, que la infección en pacientes con lesiones por presión importantes puede desembocar en una sepsis, con una mortalidad del 68% a los 6 meses².

Existen algunos trabajos científicos en los que se ha demostrado que la utilización de un agente antimicrobiano durante la fase de desbridamiento muestra un efecto beneficioso adicional al desbridamiento cortante^{3,4}.

Con la finalidad de comunicar los resultados alentadores obtenidos con la combinación de un apósito antimicrobiano y una solución de polihexanida presentamos el caso clínico de un paciente con múltiples úlceras por presión y cuadro séptico.



Foto 2.

Material y método

Paciente varón de 76 años, dependiente para todas las actividades de la vida diaria y con una puntuación de 7 en la escala de Norton. Aneurisma cerebral hace 22 años. Anemia desde hace seis meses. Índice de masa corporal = 17. No diabetes mellitus ni hipertensión arterial.

Ingresa en urgencias de nuestro hospital el 30-11-07 por deterioro del estado general, fiebre y desorientación, siendo diagnosticado de sepsis estableciendo como foco probable las úlceras por presión infectadas que presenta el paciente. Se decide ingreso en planta con sueroterapia, antibioterapia endovenosa, analgésicos y antitérmicos. Se asumen las curas del paciente en la Unidad Integral de UPP y HC el 12-12-07. En ese momento presenta un total de 11 úlceras por presión, de las cuales 6 son de estadio IV (zona escroto, perianal, dos en glúteo izquierdo, una en la zona superior y la otra se extiende desde Coxis hasta zona perianal, trocánter izquierdo e isquiones)^(foto 1) todas comunicadas entre sí, con trayectos de más de 20 cm. tal y como se constata en imagen posterior^(foto 2). La mayoría de las lesiones presentando abundante tejido necrótico, mucho exudado e intenso olor fétido. Evidentes signos de infección en todas las úlceras. En sacro y periné presenta úlceras por presión de estadio II, en zona de talón y omoplato de estadio I. y una escara negra seca en zona lumbar.

Se inicia la cura desbridando con instrumental estéril: tijeras de 20 y 25 cm., pinzas de disección de 21 cm. con y sin dientes. Pinzas hemostáticas de 21 cm., separadores de Farabeuf. El procedimiento de desbridamiento se realizó en todas las úlceras y curas. En el resultado del cultivo del exudado: escasos leucocitos polimorfonucleares y flora bacteriana mixta.

Se continúa tratamiento: sueroterapia, antibioterapia endovenosa, antitérmicos y analgésicos, nutrición por sonda nasogástrica. Ingesta de suplementos dietéticos (Resource Arginaid un sobre disuelto en agua cada 8 horas, Resource crema una tarrina de 150 gr. Desayuno, Almuerzo, Merienda y Cena, y Resource espesante o agua gelificada) durante la estancia, debido a su desequilibrio nutricional y a la hipoproteïnemia que presentaba el paciente.

En las dos primeras curas, 12 y 13 de Diciembre, después de desbridar las úlceras, se dejan en las cavidades drenajes de gasa, introducidas hasta el lecho, para dilatar las cavidades, éstas se impregnan en



Foto 2-A.



Foto 3.

solución de 0,1% Undecilenamidopropil betaína y 0,1% Polihexanida polihexanida (Prontosan®) (foto 3).

A partir del tercer día, se utiliza apósito de Hidrofibra de hidrocoloide con plata iónica (Aquacel® Ag) impregnado en solución de 0,1% Undecilenamidopropil betaína y 0,1% Polihexanida polihexanida (Prontosan®) hasta saturación y gelificación del apósito que se introduce cortado en tiras por todas las cavidades. Cubriendo con apósito en placa de Hidrofibra de Hidrocoloide con plata iónica (Aquacel® Ag) sin impregnar y apósito secundario de gasas; este mismo tratamiento se aplica a la úlcera del trocánter.

La úlcera situada en la zona lumbar baja, se trata introduciendo con trocar bajo la escara colagenasa e Hidrogel y aplicando apósito hidrocoloide, posteriormente y una vez la escara blanda, se desbridó con bisturí y tijeras, desracando la presencia de gran cantidad de pus al desbridar (foto 4), y procediendo a iniciar misma pauta de curas que en el resto de las lesiones (foto 5).

La pauta de curas seguida fue cambio cada doce horas en el inicio y cada 24 en días sucesivos, en las úlceras situadas en glúteos e isquions, también se cambiaban los apósitos con cada deposición del paciente (habitualmente estreñido). En trocánter y en la zona lumbar, el cambio de apósitos se realizaba cada 24-48 horas dependiendo del nivel de exudado.

Resultados Evolución

El paciente es dado de alta hospitalaria el 14-01-08, aproximadamente al mes de haber sido asumido por la Unidad Integral de UPP y HC, con todas las cavidades que comunicaban ya cerrados los trayectos y con presencia de tejido de granulación y epitelización cubriendo la totalidad de las superficies (foto 6).

Al alta del paciente se establece un plan de continuidad de cuidados por parte de la Unidad Integral de UPP y HC dirigido a la enfermera de atención primaria responsable de los cuidados del paciente en el domicilio. Se entrega carta a los familiares del paciente con el plan de continuidad de cuidados dirigida a la enfermera referente de primaria, junto con el teléfono corporativo del responsable de la Unidad Integral de UPP y HC.

Posteriormente al alta, se contacta telefónicamente con la enfermera de atención primaria y se le recuerda la disponibilidad de la Unidad para cualquier consulta o colaboración en los cuidados. Durante la evolución del paciente se mantienen varios



Foto 4.



Foto 5.



Foto 6.



Foto 7.



Foto 8.

contactos telefónicos con dicha enfermera. A los quince días del alta (29-01-08), acude el paciente al hospital para revisión de las úlceras, presenta todas las lesiones de los glúteos, isquion y zona perianal epitelizadas o en fase de epitelización (foto 7). Posteriormente es atendido el paciente en la Unidad Integral de UPP y HC en dos ocasiones adicionales hasta la epitelización completa de estas lesiones. En la actualidad, junio de 2.009, el paciente permanece en cama con ausencia total de UPP y aceptable calidad de vida (lee prensa, ve la televisión, etc.) (foto 8).

Discusión y conclusiones

El desbridamiento de una lesión es un elemento necesario para conseguir la cicatrización. En los casos como el presentado en este trabajo el estado de las lesiones estaba comprometiendo la vida del paciente por lo que se requería de una limpieza amplia, rápida y efectiva de las lesiones. Teniendo esto presente, las opciones de técnicas de desbridamiento disponibles para el paciente debían de actuar de manera urgente, una opción posible hubiera sido el desbridamiento quirúrgico de las lesiones en quirófano. Sin embargo, el estado general del paciente también representaba un riesgo tanto desde el punto de vista de la anestesia y/o sedación como desde la posibilidad que se liberasen un mayor número de gérmenes en el torrente sanguíneo como consecuencia del desbridamiento. La opción mediante la combinación de un apósito antimicrobiano y una solución limpiadora resultó sumamente efectiva, resultando menos agresiva y por lo tanto con menos riesgos para el paciente. En este caso no únicamente debe constatar el escaso tiempo requerido para el desbridamiento sino también la rápida evolución del tejido de granulación y epitelización que permitió un cierre completo de las lesiones en un tiempo inferior a los 60 días un período escasamente corto si consideramos las características de las lesiones y estado general del paciente en el momento inicial.

El alta del paciente al domicilio también debe plantearse y planificarse con el mayor detalle posible para asegurar una adecuada continuidad de los cuidados con el fin de conseguir la evolución favorable y evitar nuevas recidivas de las lesiones. Para ello juegan un papel clave tanto la enfermera de atención primaria, como los propios familiares y cuidadores del paciente.

Bibliografía

1. Wolcott RD, Kennedy JP, Dowd SE. Regular debridement is the main tool for maintaining a healthy wound bed in most chronic wounds. *J Wound Care*. 2009; 18 (2): 54-6.
2. Schiffman J, Golinko MS, Yan A, Flattau A, Tomicanic M, Brem H. Operative debridement of pressure ulcers. *World J Surg*. 2009; 33 (7): 1396-402.
3. Nash MS, Nash LH, Garcia RG, Neimark P. Nonselective debridement and antimicrobial cleansing of a venting ductal breast carcinoma. *Arch Phys Med Rehabil*. 1999; 80 (1): 118-21.
4. Malay DS, Yi S, Borowsky P, Downey MS, Mlodzienski AJ. Efficacy of debridement alone versus debridement combined with topical antifungal nail lacquer for the treatment of pedal onychomycosis: a randomized, controlled trial. *J Foot Ankle Surg*. 2009; 48 (3): 294-308.

Linfedema

Luis Arantón Areosa

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

Correspondencia: luaranton@gmail.com

Como todos sabéis, se denomina linfedema a la acumulación de líquido linfático en los tejidos blandos del cuerpo (edema) y ocurre cuando el sistema linfático está dañado, bloqueado o no existe (exéresis quirúrgica).

Estos edemas, en ocasiones de proporciones muy importantes, suelen causar a los pacientes problemas físicos, psicológicos y sociales a medio y largo plazo, pudiendo comprometer o dificultar la realización de muchas actividades habituales en la vida diaria y también la capacidad de trabajar y disfrutar de otras aficiones. Suele tener pues, una repercusión muy importante en la salud y bienestar de nuestros pacientes, y afectar directamente a la calidad de vida, ya que frecuentemente (además del problema estético) derivan en lesiones dérmicas por éxtasis o bien vienen a agravar y dificultar la resolución de heridas de otra etiología presentes en los pacientes (sobre todo en miembros inferiores).

Es además una entidad sobre la que no existe ningún tratamiento curativo, por lo que las recomendaciones se dirigen a la prevención, al diagnóstico precoz y al tratamiento sintomático, combinado con cuidados específicos para evitar su progresión a estadios avanzados.

Existen pocas publicaciones específicas sobre linfedema y las más importantes están dirigidas al linfedema secundario a la extirpación de tumores con exéresis ganglionares, por lo que los movimientos asociativos de profesionales y también de pacientes y familiares, cobran una tremenda importancia. En la Web podemos encontrar varios accesos interesantes sobre este tema:

- 1. National Cancer Institute (NCI):** Instituto nacional americano sobre el cáncer; dispone de versión en español y nos facilita amplia información sobre el linfedema, sus características, manejo y alternativas de tratamiento desde su página: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/linfedema>. (Imagen 1)
- 2. Asociación Española Contra el Cáncer (AECC):** Esta asociación, también sin ánimo de lucro, es posiblemente la más completa de habla hispana en lo que a cáncer se refiere y con respecto al linfedema, podemos acceder y descargar la guía "Linfedema: Prevención y Tratamiento" desde la siguiente dirección: <http://www.todocancer.com/NR/rdonlyres/4A1BF7AE-33E7-4F77-B39B-24A36C65EB40/0/FolletoLinfedema1.pdf>. (Imagen 2)

- 3. Asociación de enfermos de linfedema (ADELPRISE):** Desde su página: <http://www.adelprise.org/es> podemos acceder a información sobre linfedema y sobre todo, a un completo directorio de asociaciones de linfedema. (Imagen 3)

- 4. Asociación Gallega de Linfedema (AGL):** Ofrece información general sobre linfedema y pretende servir de apoyo a todos los afectados de la comunidad autonómica gallega desde su Web: <http://www.gweb.e.telefonica.net>. Desde su Web dirige directamente a la asociación australiana de linfedema (The Lymphoedema Association of Australia): <http://lymphoedema.org.au/index.html>. (Imagen 4)

- 5. Asociación Madrileña de Afectados de Linfedema (AMAL):** Una de las páginas de afectados con más cantidad de recursos e información <http://www.amal.org.es>; a destacar la realización de actos de divulgación científica, cursos y talleres, así como el acceso a numerosos documentos informativos. (Imagen 5)

Para finalizar destacar una iniciativa institucional recientemente publicada en Galicia y accesible desde la pagina web del Servizo Galego de Saúde: "Rehabilitación del Linfedema: Revisión y Protocolo" (Imagen 6), guía elaborada por personal sanitario del Hospital comarcal de Valdeorras, que viene a intentar cubrir el espacio de consulta principalmente para profesionales, apoyándose en una cuidada revisión de la literatura científica publicada hasta el momento y con una perspectiva muy práctica con numerosas imágenes y esquemas prácticos: <http://www.sergas.es/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IdPaxina=40008&IDCatalogo=1844>.

Nuestro apoyo sincero a todas estas iniciativas por aportar un poco más de luz sobre el manejo del linfedema, que tantas veces nos trae de cabeza a los profesionales sanitarios y a los propios pacientes.

Como siempre, agradeceremos vuestra atención y pediros que me hagáis llegar más sugerencias sobre otros contenidos que os gustaría se abordasen en Derm@red, Os recuerdo mi dirección: luaranton@gmail.com.

Gracias por estar ahí.



Imagen 1:
<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/linfoedema>

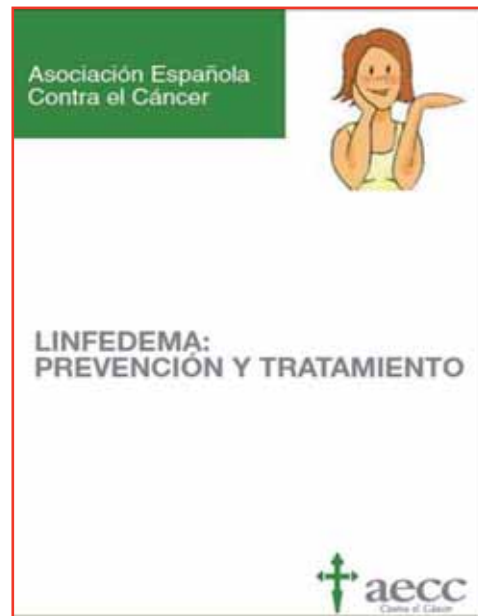


Imagen 2:
<http://www.todocancer.com/NR/rdonlyres/4A1BF7AE-33E7-4F77-B39B-24A36C65EB40/0/FolletoLinfoedema1.pdf>



Imagen 3:
<http://www.adelprise.org/es>

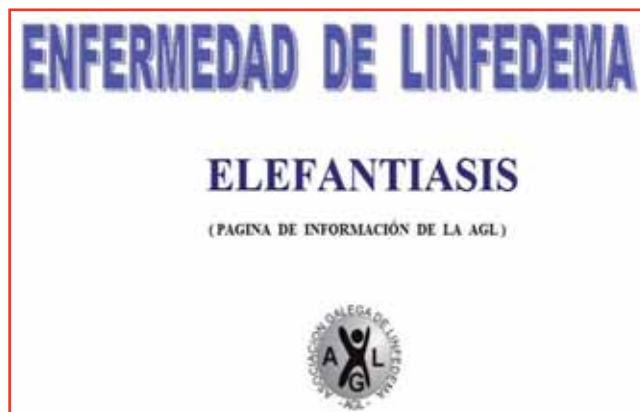


Imagen 4:
<http://www.gweb.e.telefonica.net>



Imagen 5:
<http://www.amal.org.es>

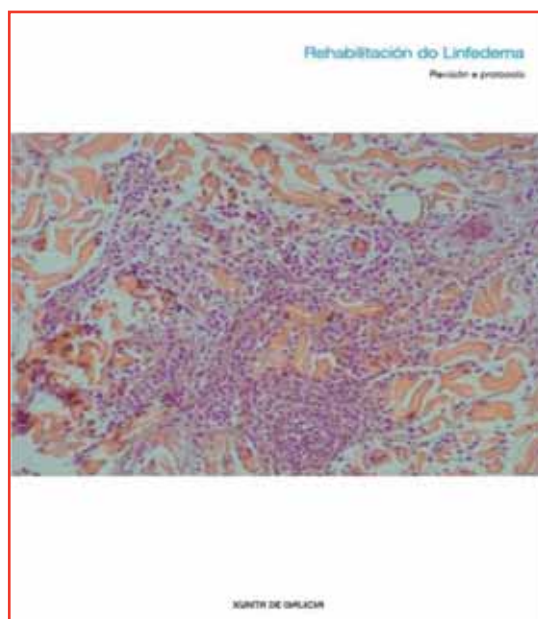


Imagen 6:
<http://www.sergas.es/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IdPaxina=40008&IDCatalogo=1844>

Protocolo en dermatitis atópica

Definición

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria de la piel que presenta: picor intenso, piel muy seca y sensible o irritable dando lugar a zonas eczematosas, principalmente en niños y localizadas en cara (mejillas) presentado un enrojecimiento de estas, en zonas de flexión de brazos y piernas, tórax e incluso en dedos de pies y manos.

Objetivos

- Aliviar sensación de picor.
- Aliviar sequedad cutánea.
- Evitar la infección.

Equipo

- Sábanas de algodón.
- Ropa exenta de componentes acrílicos.
- Manoplas de algodón.
- Humidificador ambiental.

Material

- Productos coloidales de avena.
- Cremas emolientes.
- Lociones hidratantes.
- Fotoprotectores.
- Esponja natural.
- Jabones neutros.
- Jabones antisépticos.

Procedimiento

Por el tipo de afectación, los cuidados a realizar se plantearán desde diferentes prismas:

Higiene corporal

- Es preferible el baño que la ducha, ya que pondríamos en el agua aceites o emolientes de baño. La temperatura del agua tiene que ser templada y durante unos 10 minutos, preferiblemente al atardecer o antes de cenar para así disminuir el estrés, la sequedad y picor a la hora de dormir.

- El gel a utilizar en el baño será prioritario que presente un pH 5.5, con tendencia a la acidez, como el manto cutáneo.
- Evitar la utilización de esponjas en la aplicación del gel, estas por fricción pueden irritar la piel.
- El secado con la toalla de algodón debe ser sin fricción y suave, dejando ligeramente húmeda la piel para la aplicación de las cremas hidratantes.
- Cuando va a realizarse el baño añadiendo aceites emolientes o polvos coloidales en el agua hay que asegurarse que el piso de la bañera está protegido con un antideslizante.
- Si por lesiones de rascado existiese una infección pueden darse baños con detergentes antibacterianos.
- Las cremas emolientes se aplicarán inmediatamente posterior al baño y con la cantidad suficiente para que la piel se encuentra confortable.
- Cremas, lociones o baños emolientes serán con un excipiente a base de O/W y sin perfumes, para una buena hidratación cutánea e intentar restaurar el pH del manto cutáneo.
- Las uñas cortas, limadas y limpias harán que durante el rascado no se produzcan lesiones y por consiguiente posibles infecciones de estas.

Ropa y calzado

- La ropa de algodón, tanto para vestir como la utilizada para la cama, es preferible que sean naturales y holgada, la transpiración es más fácil y a su vez la ropa absorbe el sudor, cosa que no ocurre con las sintéticas. Los calcetines por lo tanto deberán de ser de algodón o de hilo para una buena transpiración en el pie.
- La lana y los tejidos sintéticos deben de evitarse ya que aumentan la temperatura corporal y por consiguiente en estos pacientes se acentúa el picor.
- La utilización de lejías o suavizantes debe de ser los más restrictivo posible ya que son agentes que pueden ser irritantes para el paciente.
- El calzado debe de ser de piel, tela o loneta por su buena aireación, y aconsejando que el calzado de las deportivas sean sólo para el momento en el que se practique el deporte aún siendo calzado aireado las suelas son sintéticas.
- Cuando hay lesiones en los pies, hay que lavarlos al llegar a casa para retirar restos de sudor, tierra, polvo, etc., aplicar crema hidratante y poner zapatillas ventiladas y calcetines limpios².

Alimentación

- Se debe intentar prolongar la lactancia materna, evita rechazos alimentarios y estimula el sistema inmunitario del bebé.
- Evitar en el niño el tomate crudo o frutos cítricos al igual que el chupete ya que a este tipo de niños les desencadena rápidamente un brote en la piel peribuca.
- Evitar de la dieta alimentos como las fresas, kivi, plátanos, derivados del cacao y frutos secos, estos alimentos pueden desencadenar un episodio de incompatibilidad y dar origen a prurito.

En el hogar

- Los cambios bruscos de temperatura (frío/calor), los ambientes secos por (frío/calor) son motivo suficiente para desencadenar una brote de la enfermedad. Por ello la temperatura y la humedad de las habitaciones deben mantenerse constantes (20°C), evitando excesos con la calefacción y utilizando humidificadores o recipientes con agua sobre los radiadores en caso de calor o poner el humidificador en caso de aparatos de aire acondicionado.
- La ventilación del hábitat familiar y principalmente el dormitorio del paciente debe de ser diario, por lo menos durante 5 minutos todos los días.
- La aspiración es el procedimiento adecuado y más rentable para prevenir la posible aparición de nuevos brotes ya que evitamos con ello levantar el polvo si barriésemos, a la par que la aspiración se lavará el piso y terminar de arrastrar restos de polvo, la aspiración no solamente se realizará a nivel de suelo sino que tendremos muy en

cuanta los lugares donde pueda haber acumulación de polvo como pueden ser: alfombras, cortinas, peluches, etc., que faciliten su concentración.

- Pueden tener animales domésticos (perros, gatos, jilgueros, etc.), a excepción de padecer una alergia a pelos, plumas de setos².

Deportes

- La práctica de deporte hace que la sudoración sea más intensa y que si no se ducha el deportista nada más terminar, esta piel será irritada por su propio sudor ocasionándole picor.

Sol

- Evitar las horas en que el sol es más fuerte (12 a 16 h).
- Utilización de cremas de fotoprotección alta.
- Es más aconsejable bañarse en el mar que en las piscinas pero siempre al salir del agua debe ducharse para retirar restos de sales marinas o cloro principalmente y para secarse posteriormente y aplicar cremas hidratantes o emolientes.

Educación

- Instruir a la familia sobre los cuidados a llevar con el paciente y que no es una enfermedad incapacitante

Observaciones

- Lesiones de rascado.
- Lesiones infectadas.

Bibliografía

- Dermatitis atópica, J. De la Cuadra, M. Grau, F. Millán, Dermatología, Janssen farmacéutica, 1994.
- Dermatología, O. Braun-Falco, G. Plewig, H.H. Wolf RK. Winkelmann, editorial Springer-Verlag Ibérica, S.A. Barcelona 1995.
- Fisiopatología de la dermatitis alérgica de contacto, I. Yanguas Bayona, M. González Güemes, Fisiopatología de las enfermedades cutáneas, Editorial MCR, 1996.
- Dermatitis atópica, M Armijo, F Camacho, Tratado en Dermatología, Madrid: Aula médica 1998; 143-170.
- Consejos prácticos en dermatitis atópica, Dra. I. Ferrer, Dra. A. Jiménez, Dr. A. Torrelo, Dr. A. Alomar, Dr. JA. Ratón, Dr. J. Ortiz. Lab. Fujisawa.
- Puig L, Peramiqel L. 20 Preguntas Frecuentes en Dermatitis Atópica. Barcelona: Publicaciones Permanyer 2003.
- Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), J C.M. Mc Closkey, G. M. Bulechek, ediciones ELSEVIER SCIENCE, 2002.
- Clasificación de resultados de Enfermería (NOC), Marion Jonson, Meridean Maas, sue Moorhead, ELSEVIER SCIENCE.
- Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones (interrelaciones NANDA, NOC y NIC), marion Jonson, Gloria Bulechek, Joane Mc Closkey D, Meridean Maas, Sue Moorhead, ELSEVIER SCIENCE.