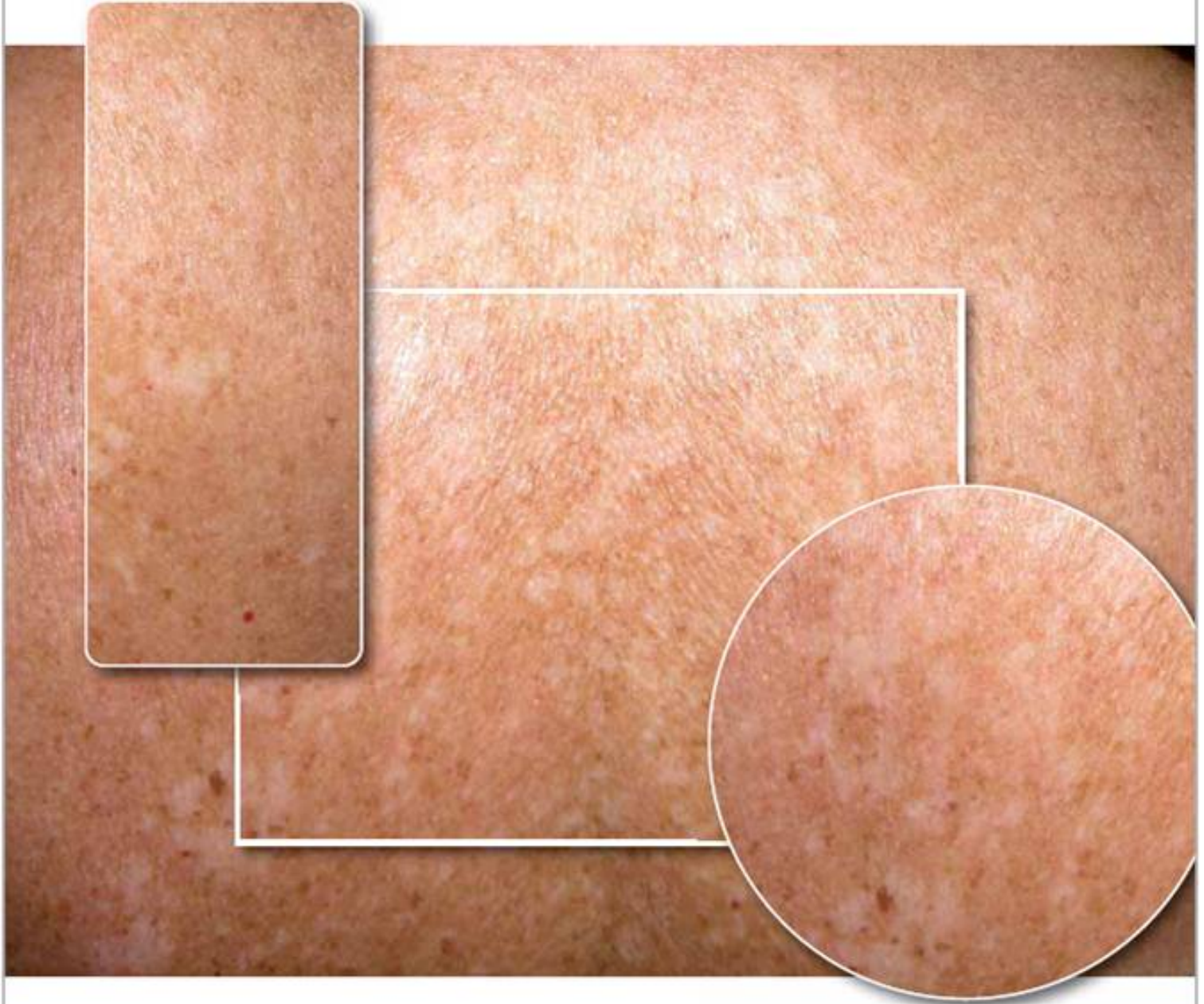


ENFERMERÍA
dermatológica
ANEDIDIC
www.anedidic.org



n ú m e r o **07**
año 3 • mayo-agosto 2009

Atención al paciente intervenido de colgajo libre



Colgajo en UPP Isquial.

Un colgajo es la transferencia de un segmento de piel y tejido celular subcutáneo vascularizado para reconstruir un defecto más o menos complejo. Es precisamente el aporte vascular del tejido donante lo que diferencia el colgajo del injerto.

El colgajo libre microvascular (o colgajo libre) es una modalidad de colgajo a distancia donde el tejido es separado completamente de la zona donante, se secciona el pedículo, y es trasladado a otra zona distante del cuerpo a la que se unirá mediante anastomosis microquirúrgica de una arteria y una vena del colgajo con una arteria y una vena del lecho receptor. Uno de los colgajos de más incidencia en nuestra Unidad es el que se utiliza en reconstrucción mamaria. Hace unos años se utilizaba el colgajo TRAM (musculocutáneo recto abdominal transversal) pediculado, que consistía en crear un túnel subcutáneo por donde se pasaba el pedículo (vasos de la arteria epigástrica anterior) del colgajo desde el abdomen hasta el área de la mastectomía. Esta técnica presentaba un gran inconveniente, debilitaba la pared abdominal con la consiguiente aparición de hernias y eventraciones postquirúrgicas.

Este problema se solucionó con el desarrollo del TRAM libre, en el cual se obtiene un colgajo de piel de la región del abdomen junto con los vasos epigástricos inferiores y se coloca sobre el área receptora, realizándose anastomosis con los vasos de la

zona (subescapulares o mamarios internos). En este tipo de colgajo la cantidad de músculo sacrificado de la zona donante es menor, lo que reduce la morbilidad abdominal consiguiéndose así una recuperación posquirúrgica más rápida, además de conseguir una mayor vascularización del colgajo debido a su origen en la arteria epigástrica inferior profunda, con lo que disminuye el riesgo de necrosis.

La aplicación de colgajos libres ha supuesto un gran avance en la cirugía reconstructiva tanto para reparar secuelas postquirúrgicas como en lesiones traumáticas, quemaduras, úlceras por presión... El éxito de la intervención depende en gran medida de la destreza del cirujano en técnicas de microcirugía, pero también en la correcta elección del tejido donante y en un minucioso seguimiento pre y postquirúrgico.

Indicaciones:

- Pérdidas extensas de piel por traumatismos con exposición de estructuras vitales.
- Cirugía del cáncer.
- Quemaduras profundas.
- Radiodermatitis.
- Cicatrices retractiles.
- Deformidades congénitas.

Complicaciones:

- Trombosis en las anastomosis.
- Hematoma, edema o necrosis del colgajo.
- Dehiscencia, seroma o edema de la zona donante.

R. Sánchez Verdú.
Supervisora del Servicio de Ginecología y Cirugía plástica.

V. Muñoz Máñez
y M. Piles Navarro.
Enfermeras del Servicio de Ginecología y Cirugía plástica del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.



A ti, que das la piel
por tus
pacientes
Salvat la da por ti.

cristalmina

ANTISÉPTICO CON
GLUCONATO DE
CLORHEXIDINA 1%



El antiséptico
transparente, eficaz,
seguro y rápido

Factores de riesgo de complicaciones:

- Paciente fumador.
- Obesidad.
- Diabetes Mellitus.
- Consumo de alcohol.
- Piel irradiada.

Tratamiento farmacológico:

- Alprostadilo PGE1 (Surgiran®) IV durante 1 semana post-intervención.
- Ácido acetil salicílico VO durante tres meses tras la intervención.
- Antibióticos.
- Analgésicos.

Estancia media hospitalaria: 10 días

Procedimiento:

El día anterior a la intervención:

- Preparar la habitación para el ingreso del paciente, dejando en la misma la lencería, el termómetro y la cuña/botella.
- Recibir al paciente indicándole nuestro nombre y categoría profesional, acompañarlo a la habitación y explicarle el funcionamiento y distribución de la misma.
- Comprobar que todos los documentos necesarios se encuentran en la historia clínica del paciente.
- Realizar una entrevista al paciente, comprobando antecedentes personales, medicación domiciliar y posibles alergias. Anotar todo en la Hoja de Enfermería.
- Favorecer la expresión de sentimientos de duda, miedo o ansiedad que pueda presentar el paciente ante la intervención.
- Comprobar los conocimientos que tiene el paciente sobre el proceso. Reforzar la información dada por el cirujano y responder a las preguntas y preocupaciones del paciente.
- Explicar al paciente que debe quitarse todas las joyas, las prótesis, maquillaje y/o laca de uñas antes de ir al quirófano.
- Indicarle que en la cena tomará una dieta blanda de protección gástrica y que a partir de las 12 de la noche no podrá ni comer ni beber nada.

El día de la intervención:

- Preparar la habitación para recibir al paciente procedente de la UCI.
- Mantener la temperatura de la habitación ligeramente elevada colocando una lámpara de calor de luz roja (300 w).

El día después de la intervención y hasta el alta:

- Recibir al paciente procedente de la UCI: tomar la presión arterial y la frecuencia cardiaca, comprobar el buen funcionamiento del drenaje y de la vía venosa periférica y el nivel de consciencia del paciente. Anotar incidencias si las hubiera.
- Comprobar que la lámpara se encuentra a 1 metro del paciente y que no incide directamente sobre él para evitar posibles lesiones por quemaduras.
- Explicar al paciente que debe mantenerse en reposo absoluto hasta que se le indique. El tiempo variará en función del tipo de colgajo libre y de su localización.
- Revisar la historia clínica, elaborando la hoja de administración de medicamentos a partir de la hoja de órdenes médicas.
- Administrar medicación según pauta médica.

PROSPECTO DE CRISTALMINA

CRISTALMINA Solución Desinfectante Transparente USO EXTERNO. **COMPOSICIÓN CENTESIMAL:** CRISTALMINA solución: 100 ml contiene Clorhexidina Gluconato (DCI) 1 g. Excipientes: Alcohol bencílico, Polisorbato 80, Agua purificada. Antiséptico de acción bactericida y fungicida. **PROPIEDADES:** Es una solución antiséptica para cualquier situación que requiera una desinfección general de la piel, debido a su amplio espectro bacteriostático, bactericida y fungistático. **INDICACIONES:** Heridas, quemaduras leves, grietas, rozaduras, aftas bucales, espinillas, acné, impétigo, llagas recientes, prevención de infecciones en llagas por decubito. Desinfección de la piel en preoperatorios. Desinfección del ombligo en recién nacidos. **CONTRAINDICACIONES:** Sensibilización al preparado. **INCOMPATIBILIDADES:** No debe usarse en combinación ni después de la aplicación de ácidos, sales de metales pesados o yodo. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Reacciones cutáneas de hipersensibilidad. **PRECAUCIONES:** Irrita la conjuntiva ocular en el caso de contacto accidental. No debe usarse en el tratamiento de los oídos. El instrumental sanitario que se haya desinfectado con CRISTALMINA, debe enjuagarse escrupulosamente con agua estéril antes de usarlo. **CONDICIONES DE CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO:** Presérvese de la luz. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** En caso de ingestión accidental, proceder al lavado gástrico y protección de la mucosa digestiva. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Tel. 91 562 04 20. **POSOLOGÍA:** Uso tópico. Una o dos aplicaciones iniciales, pudiendo repetirse tantas veces como se considere necesario. Las ropas sobre las que haya goteado CRISTALMINA no se lavarán con lejía (ni otros hipocloritos), sino con detergentes domésticos a base de perborato sódico. Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. Sin receta médica. **PRESENTACIONES:**
Cristalmina solución 1%..... envase 500 ml
Cristalmina solución 1%..... envase 125 ml
Cristalmina solución 1%..... envase 25 ml
Cristalmina solución 1% monodosis
OTRAS PRESENTACIONES:
Cristalmina film 1% gel envase 100 g
Cristalmina film 1% gel..... envase 30 g
Cristalmina Plus solución 1% envase 30 ml

InfoSalvat
900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad



Colgajo en UPP Isquial.

- Iniciar tolerancia hídrica, si no la hubiera iniciado en la UCI, y pasar a dieta progresiva según evolución.
- Retirar sueroterapia de mantenimiento y heparinizar vía tras ingesta oral.
- Controlar la vascularización del colgajo mediante doppler para poder diagnosticar, si las hubiere, trombosis de las anastomosis y poder así revascularizarlas. Durante los primeros 3-4 días se realizará el control cada 2 horas. Pasado este tiempo y hasta el alta se realizará un control por turno.
- Colaborar con el facultativo en la realización de las curas diarias de la zona receptora y de la donante.
- Cambiar el drenaje cada 24 horas y retirar cuando proceda según pauta médica. Anotar características y cantidad del líquido contenido en el drenaje.
- Realizar la higiene del paciente en la cama al menos una vez al día y tantas veces como sea necesario hasta que pueda realizarla por sí mismo.
- Fomentar la expresión de sentimientos de duda, miedo o ansiedad ante los resultados estéticos de la intervención.

Al alta:

- Entregar al paciente la hoja de alta y explicarle los datos incluidos en ella, como fechas de revisión y tratamiento a seguir en el domicilio.

Plan de cuidados:

Ansiedad RC cambio en la imagen corporal (00146)

Autocontrol de la ansiedad (1402)

- Disminución de la ansiedad (5820)
 - Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante los procedimientos.

- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Escuchar con atención.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación.

Baja autoestima situacional

RC alteración de la imagen corporal (00120)

Imagen corporal (1200)

- Potenciación de la imagen corporal (5220)
 - Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, si procede.
 - Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio.
 - Determinar las percepciones del paciente y de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad.
 - Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social.
 - Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.

Dolor agudo RC intervención quirúrgica (00132)

Control del dolor (1605)

- Manejo del dolor (1400)
 - Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
 - Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
 - Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor.

Valoración de las necesidades básicas:

NECESIDADES	MANIFESTACIONES
Respiración	
Alimentación Hidratación	- Dificultad para alimentarse sin ayuda.
Eliminación	- Dificultad para acceder al aseo.
Movilización	- Dificultad para la movilización. - Cansancio.
Reposo-Sueño	- Sueño discontinuo.
Vestirse	- Dificultad para vestirse sin ayuda.
Termorregulación	
Higiene-Piel	- Dificultad para realizar la higiene sin ayuda. - Lesiones en la piel.
Seguridad	- Ansiedad, preocupación, temor. - Dolor. - Riesgo de infección.
Comunicación	
Creencias-Valores	
Trabajar Realizarse	- Preocupación por la imagen corporal.
Ocio	
Aprender	

- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua.
- Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.
- Notificar al médico si las medidas no tienen éxito.

Deterioro de la integridad tisular RC cirugía de piel (00044)

Curación de la herida: por primera intención (1102)

- Cuidados de la piel: zona del injerto (3583)
 - Evitar fricción en la zona del colgajo.
 - Limitar la actividad del paciente en cama hasta que el colgajo se adhiera.
 - Enseñar al paciente a mantener tan inmovilizada como sea posible la parte afectada durante la curación.
 - Examinar diariamente los apósitos.
 - Colaborar con el cirujano en la cura diaria del colgajo.
 - Controlar el color, la temperatura, el llenado capilar y la turgencia del colgajo en cada cura.
 - Controlar la vascularización del colgajo mediante doppler.



A ti, que das la piel
por tus
pacientes
Salvat la da por ti.

dertrase[®]
POMADA

Complejo enzimático
(Tripsina y Quimotripsina) que permite
una proteólisis de amplio espectro



**Acción desbridante con efecto
antiséptico de amplio espectro**

DERTRASE[®] pomada. Composición por 100 g: Principios activos: Tripsina 500 mg, Quimotripsina 500 mg, Hidrolizado de ácido ribonucleico 200 mg, Ácido l-carbamil-glutámico 200 mg, Metionina (D.C.I.) 200 mg, Mesoinositol 200 mg, Nitrofuril (D.C.I.) 2 g. Excipientes: Macrogol 400, Macrogol 4000. Indicaciones: Heridas y úlceras tórpidas e isquémicas que presentan necrosis o detritus. Úlceras por decúbito. Quemaduras de segundo y tercer grado. Piodermis. Antrax. Furunculosis. Adenitis supuradas. Limpieza enzimática de fistulas y trayectos de drenaje. Lesiones fungoides postoperatorias. Mastitis. Desgarros de periné, etc. Posología: Extiéndase una capa delgada de pomada sobre la lesión. Las curas pueden renovarse dos o más veces al día, previo lavado con agua de los residuos anteriores. En algunos casos conviene introducir la pomada por debajo de las escaras o instilarla directamente en cavidades y trayectos fistulosos. Contraindicaciones y precauciones: No se han descrito. Incompatibilidades: La mayoría de los antibióticos, principalmente la penicilina, retardan el proceso cicatrizal y disminuyen la actividad de los enzimas tripsina y quimotripsina, lo cual deberá tenerse en cuenta cuando, juntamente con DERTRASE[®], se utilice tópicamente otro tipo de preparados. Interacciones: No se han descrito. Efectos secundarios: En los pacientes hipersensibles al nitrofuril, pueden ocasionalmente presentarse manifestaciones cutáneas de tipo alérgico, que desaparecen al suspender el tratamiento. Intoxicación y su tratamiento: No se ha descrito ningún caso de intoxicación por efectos de este producto. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono: 91 562 04 20. Presentación: Tubo de 40 g. Sin receta médica. PVP: 7,21 PVP(IVA); 7,49 euros.

Info **Salvat**

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad



Colgajo y TPN en gemelos.



Bibliografía:

- Mathes, S.J. *Plastic surgery*. Philadelphia, Ed. Saunders Elsevier; 2006; vol.1; 507-538.
- Winchester, D.J. *Cáncer de mama*. Atlas de oncología clínica. Madrid, Ed. Elsevier; 2001; 161-201.
- Wheeland, R.G. *Cutaneous surgery*. Ed. Saunders; 1994; 329-353.
- Camacho, F. y Dulanto, F. *Clugía dermatológica*. Madrid, Ed. Grupo Aula Médica; 1995; 237-241.
- McCloskey, J. y Bulechek, G.M. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Madrid, Ed. Elsevier/Mosby; 2005.
- Moorhead, S.; Janson, M. y Maas, M. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. Madrid, Ed. Elsevier/Mosby; 2005.
- **NANDA International**. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2005-2006. Madrid, Ed. Elsevier; 2005.
- scllo.isciii.es
- www.cpnavarra.es
- www.secpe.org

- Controlar si hay signos de infección y otras complicaciones postoperatorias.
- Enseñar al paciente a utilizar medias de compresión, almohadillas o fajas para proteger la zona del colgajo.
- Enseñar al paciente que fumar disminuye el aporte sanguíneo de la zona exterior del colgajo y aumenta las posibilidades de que no funcione.
- Proporcionar apoyo emocional, comprensión y consideración al paciente y a los miembros de la familia cuando el colgajo no funcione.
- Cuidados de la piel: zona donante (3582)
 - Examinar diariamente el apósito.
 - Controlar si hay signos de infección y otras complicaciones postoperatorias.
 - Mantener limpia y libre de presión la zona donante.
 - Enseñar al paciente a utilizar fajas para evitar la debilidad en la pared abdominal en colgajos obtenidos de esta zona, si procede.
- Cuidados de las heridas: drenaje cerrado (3662)
 - Cambiar el reservorio del drenaje de la herida diariamente.
 - Registrar el volumen y las características del drenaje en cada cambio del reservorio.
 - Comprobar la permeabilidad de la unidad.
 - Fijar el aparato de drenaje a la cama.
 - Retirar el drenaje cerrado según indicación médica.

Riesgo de infección RC lesiones en la piel (00004) Control del riesgo (1902)

- Control de infecciones (6540)
 - Poner en práctica precauciones universales.

- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
- Fomentar una ingesta nutricional adecuada.
- Administrar terapia de antibióticos según pauta médica.

Deterioro de la movilidad física RC disminución de la fuerza y prescripción de restricción de movimientos (00085)

Autocuidados: actividades de la vida diaria (0300)

- Ayuda con los autocuidados: baño/higiene (1801)
 - Proporcionar los objetos personales deseados (toallas, jabón, desodorante y demás accesorios), colocándolos a pie de cama.
 - Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
 - Fomentar la participación de la familia.
- Ayuda con los autocuidados: aseo (1804)
 - Proporcionar dispositivos de ayuda (cuña), si es necesario.
 - Ayudar al paciente en el aseo, si procede.
 - Disponer intimidad durante la eliminación.
 - Facilitar la higiene de aseo después de terminar la eliminación.
- Cambio de posición (0840)
 - Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición.
 - Minimizar el roce al cambiar de posición al paciente.
 - Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida.

Deterioro del patrón del sueño (00095)

Descanso (0003)

- Mejorar el sueño (1850)



Colgajo en Radionecrosis hueco popliteo.

- Ajustar el ambiente para favorecer el sueño.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes como dolor o ansiedad, antes de irse a la cama.
- Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario.
- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.

Fatiga RC malestar físico y debilidad (00003)

Autocuidados: actividades de la vida diaria (0300)

- Ayuda con los autocuidados: alimentación (1803)
 - Identificar la dieta prescrita.
 - Colocar al paciente en una posición cómoda.
 - Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
 - Arreglar la comida en la bandeja, si es necesario, como cortar la carne o pelar un huevo.
 - Proporcionar una paja de beber, si es necesario o se desea.
 - Proporcionar higiene bucal tras las comidas.
 - Fomentar la participación de la familia.
- Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal (1802)
 - Disponer la vestimenta en una zona accesible.
 - Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario.
 - Mantener la intimidad mientras el paciente se viste.
 - Facilitar el peinado del cabello del paciente, si es el caso.
 - Facilitar que el paciente se afeite él mismo, si procede.
 - Facilitar la presencia del barbero, si es necesario.
 - Fomentar la participación de la familia.

Otros diagnósticos:

- Retraso en la recuperación quirúrgica (00100)
- Perfusión tisular periférica inefectiva (00024)



A ti, que das la piel
por tus
pacientes
Salvat la da por ti.



*el apósito de espuma
que mim a herida y su entorno*



**"NO ADHESIVOS"
FINANCIADOS
POR LA
SEGURIDAD SOCIAL**

Suave

Gran control del exudado

No se adhiere al lecho ulceral

Se adapta perfectamente al cuerpo
del paciente

Info **S**alvat

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

S
SALVAT
innovación y calidad

Protección contra la humedad en pacientes incontinentes encamados



Foto 1.



Foto 2.

Las úlceras están consideradas dentro de la dermatología como una lesión elemental, definidas como *“Lesiones con pérdida de sustancia en la que puede estar afectada dermis o incluso el tejido celular subcutáneo”*⁽¹⁾.

La incidencia de la UPP (úlceras por presión) es variada oscilando 3% en centros hospitalarios de agudos, un 7% en hospitales de crónicos y en domicilio o atención primaria está entre el 8-10%. No siendo estos datos aclaratorios ya que pueden variar según la metodología utilizada.

Según los datos obtenidos en los últimos años los indicadores de calidad de nuestro centro están en un 5'5% de prevalencia y un 1,4% de incidencia. La incidencia en UPP es principalmente en pacientes mayores de 70 años y en tetra/parapléjicos⁽⁴⁾.

En España según distintos estudios realizados con distintas metodologías de trabajo para valorar el coste económico que supone el tratamiento tópico de las úlceras, no nos dan unas cifras en concreto pero se pueden extraer una media de unos 150 € a la semana por 24 semanas de tratamientos, dándonos un gasto de 3600 €.

La etiología de las úlceras por presión está determinada por cuatro causas: a) presión, b) fricción, c) cizallamiento y d) humedad.

Distintos autores nos hacen referencia que la incontinencia tanto urinaria como fecal pueden ser desencadenantes del deterioro de la integridad cutánea, dando estas conclusiones como resultado que una de las causas de UPP no es la propia presión, sino que estas lesiones serían úlceras por humedad. Estas úlceras por humedad pueden comenzar como

una dermatitis del pañal o contacto^(foto 1), presentando un proceso cutáneo irritativo e inflamatorio en el que influye el contacto con fluidos orgánicos y con sustancias (mal secado, sudor, detergentes, plásticos del pañal, perfumes, etc.), aumentando el pH y la temperatura de la piel del área del pañal provocando lesiones en epidermis, perdiendo esta su función barrera y facilitando la irritación cutánea.

Estas pequeñas lesiones o escoriaciones pueden dar lugar a una contaminación y colonización por las bacterias presentes en las heces e infecciones micóticas secundarias, principalmente por *Candida Albicans*, en zonas de pliegues donde se observa eritema intenso de color rojo violáceo con formación de pápulas y pápulo-pústulas.

Estas lesiones desencadenadas por el continuo contacto de la piel con los fluidos corporales, pueden llegar a desencadenar en muchos casos úlceras por humedad y que a su vez pueden confundirse o desencadenar en úlceras por presión^(foto2).

El prevenir las dermatitis del pañal o las úlceras por humedad con productos capaces de aislar la piel de la humedad por una incontinencia, es el motivo de la realización de este estudio, donde llegamos a la conclusión de una mejor calidad de vida a los pacientes y abaratar costes.

Los tratamientos tópicos que en la actualidad nos encontramos, para protección de la piel son las llamadas cremas barrera compuestas de óxido de zinc, sulfato de cobre y sulfato de zinc, que incluso en ocasiones pueden llegar a macerar la piel por una excesiva aplicación de estas y si el excipiente es altamente O/W.

Palomar Llatas, F.;
Fomes Pujalte, B.;
Muñoz Mañez, V.; Lucha
Fernández, V. y Díez Fomes, P.
Unidad de Enfermería
Dermatológica, úlceras y heridas.

Chover, E. y Granell Hernández, E.
Enfermeras.

Jiménez Rubio, A.; Andrés
Benlloch, A.; Garriga Gómez,
A.; Mateu Castellblanch, C.;
Plaqueras Martínez, J.; González
Villatoro, M.; Molina Arroyo, P.;
Velga Chafer, R.; Tarazona
Villan, M.J.; Belmonte Galdon,
V. y Salido Marín, R.
Auxiliares de Enfermería.
Medicina Interna CHGUV.

Correspondencia:
ulceras_hgv@gva.es



A ti, que das la piel
por tus
pacientes
Salvat la da por ti.



Dentro de los tratamientos para evitar el contacto de la piel con la orina en pacientes encamados, nos encontramos con las sondas uretrales y los recolectores urinarios, los cuales se necesita excesivo tiempo en la aplicación y unos cuidados meticulosos ya que una mala praxis en la colocación de estos da lugar a una pérdida de los fluidos orgánicos e incluso a infecciones.

Con los pañales a estudio vamos a comprobar la protección de la barrera fisiológica de la piel frente a los fluidos corporales e incluso de etiología muy variada junto a los pañales que tradicionalmente se usa su que la aleta de sujeción está plastificada y llega a ser la causante del rhas del pañal, estos pañales a estudio están estructurados en sus aletas de sujeción por un tejido sin tejer de celulosa (fotos 3 y 4).

Objetivos

General:

Conocer la efectividad de los (Molicare air active, pañal) pañales absorbentes para la prevención de dermatitis del pañal y lesiones por incontinencia. En pacientes atendidos en la Unidad de hospitalización de Medicina Interna y Angiología y cirugía vascular, junto con la Unidad de Enfermería Dermatológica, úlceras y heridas del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia durante el periodo de tiempo de enero y febrero del 2007 (foto 5).

Específicos:

1) Conocer la efectividad de los pañales absorbentes para la prevención de dermatitis del pañal en pacientes atendidos en la Unidad de hospitalización de Medicina Interna y Angiología y cirugía vascular, junto con la Unidad de Enfermería Dermatológica, úlceras y heridas del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia durante el periodo de tiempo de enero y febrero del 2007.

SureSkin[®] II 
APÓSITOS HIDROCOLOIDES
DE II^a GENERACIÓN

FINANCIADO
POR LA
SEGURIDAD SOCIAL



El Apósito Hidrocoloide
**tan flexible y
adaptable como la piel**

Info  **Salvat**
900 80 50 60
infosalvat@salvatbiotech.com


SALVAT
innovación y calidad



Foto 4.



Foto 5.



Foto 6.

Unidad de Enfermería Dermatológica, úlceras y heridas CHGUM

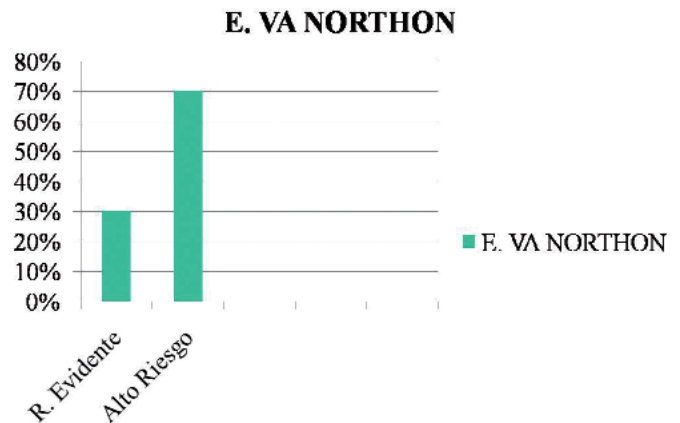


Foto 7.

Bibliografía:

- 1 O. Braun-Falco, G. Plewig, H.H. Wolf y R.K. Winkelmann. **Dermatología.** Principios del diagnóstico dermatológico, pag 7, Springer, ISBN 84-07-00124-4.
- 2 Vicente Martín Paredero. **Costes sociales y económicos de la úlcera de la extremidad inferior.** Actualidad y controversias en la curación de heridas. Capítulo español de flebología de la SEACV, pag. 6-8. ISSN:1579-6574, 2002
- 3 Fraser, John, Cuttle Leila, Kempf Margit y Kimble Roy. **Cytotoxicity of topical antimicrobial agents used in burn wounds in Australasia.** Journal of Surgery; Mar2004, Vol 74 Issue 3, p139,4p
- 4 Federico Palomar Llatas y Antonio Gómez Vela. **Interacciones de las sustancias tóxicas sobre el pH de las úlceras.** V Congreso Nacional de Enfermería Médico-Quirúrgica, Alicante 1990.

- 2) Conocer la efectividad de los pañales absorbentes para la prevención de lesiones cutáneas con deterioro de la Integridad Cutánea por incontinencia. en pacientes atendidos en la Unidad de hospitalización de Medicina Interna y Angiología y cirugía vascular, junto con la Unidad de Enfermería Dermatológica, úlceras y heridas del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia durante el periodo de tiempo de enero y febrero del 2007.
- 3) Conocer las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes incluidos en el estudio.

Metodología

Definición operativa de las dermatitis del pañal o lesiones por solución de continuidad de la piel.

Sujetos a estudio:

Se van a estudiar los pacientes ingresados en las salas de hospitalización de Medicina Interna y Angiología y cirugía vascular encamados, con incontinencia urinaria.

Tamaño de la población:

Cada subgrupo de población estará constituido por 10 pacientes captados por un muestreo no probabilístico consecutivo. El total de pacientes para el estudio será de 20.

Variables:

- Descriptiva: Edad, sexo, firma del consentimiento informado por parte del paciente.
- A controlar: Estado inmunológico del paciente, fármacos (corticoides, citostáticos, laxantes, diuréticos), nivel de higiene, estado nutricional, tipo de incontinencia que pueda presentar, nivel de riesgo de UPP Northon modificada.
- Variables a estudio: Pañal absorbente con panel lateral transpirable de tejido no tejido
- Variables de resultados: Prurito, escozor, eritema, maceración, erosión, excoriación úlcera.

Recogida de datos:

La recogida de datos se realizaba directamente de la piel de los pacientes, mediante la observación e iconografía al ingreso si presentaba lesiones, a las 24 horas de haberse aplicado el pañal y a los 5 días de llevar puesto el pañal, con los cambios necesarios.

Se realizaba una medición del pH de la orina previo a la puesta del pañal absorbente y a la retirada del pañal durante una semana ^(foto 6).

Plan de trabajo:

Toma de datos demográficos de los pacientes y toma de muestras e iconografía por el investigador principal y colaboradores. El lugar de realización del trabajo fue en hospitalización de



Foto 8.

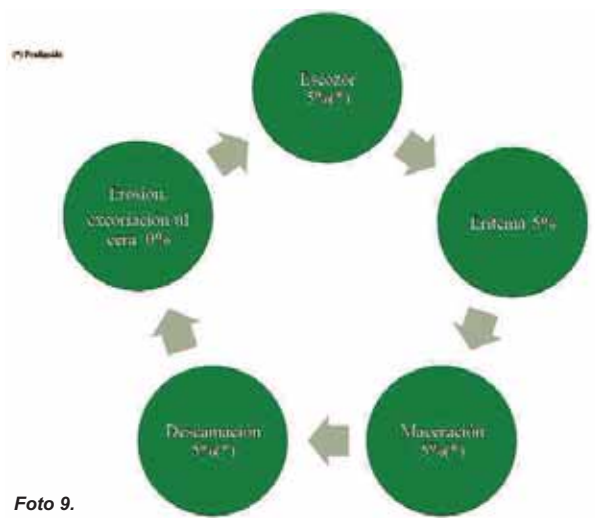


Foto 9.

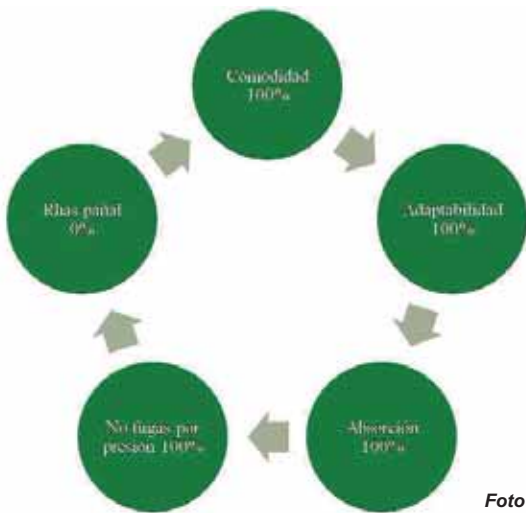


Foto 10.



Foto 11.

Medicina Interna, hospitalización servicio angio-
logía y cirugía vascular y en la Unidad de Enfer-
mería Dermatológica, úlceras y heridas Hospita
General Universitario de Valencia.

Los pacientes a estudio se les realizó la escala
de valoración de riesgo de padecer úlceras por
presión (UPP) de Norton modificada, presentan-
do un 30% de los pacientes, riesgo evidente
(12-14) de UPP, el 70% de los pacientes presen-
tó un alto riesgo de desarrollar UPP (<12) (foto 7).

La edad media de los paciente fue de 76'65
años, con un 15'75% del sexo femenino y un
5'25% del sexo masculino. De los pacientes tes-
tados un 1'5%, presentaba lesiones en zona
glútea al ingreso por causa de un penfigoide.

El 10'5% de los pacientes a estudio estaban en
tratamiento con diuréticos y un 2'10% en trata-
miento con laxantes. La media del pH analizado
fue de 5'7.

Medios disponibles

para la realización del proyecto:

- Peachimetro es un potenciómetro o medidor de
pH modelo MicroPh 2001 de la casa Crison.
- Dos agitadores: Uno magnético y de tempera-
tura regulable modelo Kowel y otro agitador
modelo Heidolph 2000.
- Molicare air active, pañal.

Resultados

Los resultados obtenidos vistos desde dos pun-
tos de vista: Uno como confort o calidad de vida
para los pacientes, donde se midieron la adapta-
bilidad que fue medido por el personal auxiliar de
enfermería y por los pacientes y cuidadores con
un 100% de positividad, la comodidad y movilidad
obtuvo un 100%, la efectividad en absorción fue
de un 100% y las fugas a la presión fue de un 0%
debido a la gelificación de la orina (foto 8).

Desde el punto de vista de posibles lesiones o
signos o síntomas que pudiesen presentar, los pacien-
tes se valoraron: El prurito con un 0%, el eritema un
0%, la erosión, excoriación/ úlcera, presentaron en
un 0% y el 0% de los pacientes no presentaron sign-
os de infección urinaria. Se presentó con un 5% el
escozor, maceración y la descamación por presentar
el paciente al ingreso un penfigoide (foto 9).

Conclusiones

Tras los resultados podemos afirmar que la correcta
utilización de los pañales para los pacientes que ne-
cesitan su uso por una incontinencia, la higiene diaria
en zona perianal y en genitales con agua, jabón, en-
juagado con agua y un correcto secado, evitan lesio-
nes cutáneas en pacientes incontinentes encamados
y con riesgo de padecer úlceras por presión (fotos 10 y 11).

Bibliografía: continuación

- 5 www.chguv.org.
Enfermería dermatológica,
úlceras y heridas "Apósitos
y soluciones Ilmpadoras".
- 6 RA Cooper. *Comprender
la Infección de las heridas*.
Documento de posicioma-
niento de EWMA (European
Wound Management
Association), pag 2-5,
London: MEP L+d, 2005.
- 7 *Manuel de la Rosa y José
Prieto Prieto. Microbiología
en Ciencias de la Salud*.
ELSEVIER, pag 38-40 ISBN
84-8174-673-8.
- 8 *Dr. E. Martínez Agulló y Col.*
"Dermatitis del pañal" en
Incontinencia y alteraciones
de la micción. En el curso de
formación continuada, auspi-
ciado por S.I.N.U.G. y Ausonia.

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE

Protocolo: pacientes inmovilizados

Primer premio (compartido) en comunicación formato poster en el X Congreso nacional de Enfermería dermatológica.

La enfermería de Atención Primaria ve aumentado cada vez más el número de pacientes con edad avanzada en su consulta, y con múltiples problemas de salud, sean físicos, psíquicos o sociales, estos problemas suelen derivar en una situación de necesidad de ayuda, que les cuesta mucho reconocer.

Esto ha llevado a hacer una reflexión acerca de este tipo de pacientes y que es lo que podemos hacer para evitar problemas de salud, como heridas o úlceras para conseguir una buena calidad de vida durante el mayor tiempo posible, tanto para el paciente como para su familia o cuidador.

¿Qué es lo que ha cambiado?

- La atención del paciente con edad avanzada en el domicilio ha evolucionado.
- El modelo de familia está cambiando, disminuyen las familias extensas y aumentan las familias nucleares, incluso monoparentales.
- El tipo de vivienda ha pasado de ser una vivienda grande a pisos o apartamentos.
- La incorporación de la mujer al mundo laboral.
- El aumento de la esperanza de vida de la población.
- El deseo de permanecer en el domicilio del anciano con la familia y amigos e incluso vecinos.

Todo esto hace que la enfermería también evolucione. La atención de enfermería en los Centros de Salud es una atención integral a la familia y donde se puede hacer una mayor labor hacia el anciano y hacia el paciente inmovilizado, dando no sólo cuidados, sino haciendo una labor más importante como es la educación a la familia, cuidador y sin olvidar al propio paciente.

La educación sanitaria es la base de la prevención para evitar los problemas que el paciente inmovilizado puede tener, y con un protocolo donde se haga una valoración cada cierto tiempo, ayuda a evitar problemas y complicaciones, de manera que puedan realizar las actividades de la vida diaria el mayor tiempo posible de su vida y poder disfrutar de la familia y amigos, y de su entorno.

Para la realización del protocolo de pacientes inmovilizados, primero tenemos que definir que se considera como un paciente inmovilizado:

Definición:

Persona que pasa la mayor parte de su tiempo en la cama, que solo la puede abandonar con ayuda de otras personas, y la persona con dificultad importante para desplazarse, independientemente

de las causas, y cuando el tiempo previsible de duración sea superior a los dos meses.

Objetivos:

- Prevención de los problemas de salud (incluidas las úlceras).
- Cuidados de problemas de salud, dirigidos hacia:
 - La población sana con edad avanzada, o con problemas de salud que puedan derivar en pacientes inmovilizados.
 - Los pacientes inmovilizados.
 - La familia y cuidadores.

Siempre mediante la Educación Sanitaria ejercida por el equipo de salud.

Metodología:

Descripción de la labor preventiva y de cuidados de la enfermería en la Atención Primaria dedicada al paciente inmovilizado y la familia o cuidadores. El Protocolo esta dividido en dos partes, la primera parte dedicada a la captación de pacientes y la segunda parte dedicada a la atención y cuidados de los pacientes que consideramos como inmovilizados.

La mayoría de pacientes con edad avanzada que atiende la enfermería en el centro de salud no son conocidos por que no acuden al centro, sea por acudir a centros privados, por no creer necesario el acudir a la consulta de enfermería, o por no querer molestar, pero sí acuden a consulta médica, al odontólogo, al fisioterapeuta, etc. Por eso es tan importante el captar a los pacientes para incluirlos en el protocolo de pacientes inmovilizados cuanto antes y así hacer una buena educación sanitaria.

¿Cómo hacemos esta captación de pacientes?

La captación de pacientes con posibilidad de inmovilización se realiza cuando el paciente acude a consulta de demanda de enfermería:

- inyectables, curas, lavado de oídos, etc.,
- consulta de HTA, DM, EPOC,
- ECG, control de anticoagulación (sintrom), extracción de sangre,
- vacunación de la gripe, neumonía, tétanos, etc.,
- al realizar los PAPPs (actividades preventivas programadas).

Los pacientes derivados de la consulta médica, del centro de especialidades, después de ingresos hospitalarios, atención en el servicio de urgencias, caídas, accidentes, etc.

M^{ra} Esther López Coteló, Esther Seoane Sexto, M^{ra} Dolores Fouz Figueiras y Luis Sanjurjo Bujan.
Enfermero U.A.P. San José "A".

M^{ra} Jesús López Coteló.
Enfermera C. Paliativos
OZA CHUJC-La Coruña.

Cristina Sanjurjo Guerrero.
Estudiante de Enfermería
CHUJC- La Coruña.

Los pacientes que han estado en alguna ocasión en el protocolo de inmovilizados y que por alguna causa haya dejado de estar en él, por lo que es necesario volver a incluirlos.

Los pacientes que están inmovilizados, encamados o no y que su familia demanda asistencia médica o de enfermería para solucionar cualquier tipo de problema de salud y que no están incluidos en el protocolo de inmovilizados.

¿Qué debemos controlar o revisar al captar a un paciente?

Dieta:

Revisar hábitos de la alimentación:

- Cantidad de alimentos y cantidad de tomas de alimento al día.
- Dieta habitual del paciente.
- Hábitos alimentarios y gustos particulares del paciente.
- Apetito o falta de apetito.
- Líquidos que toma al día.
- Problemas de digestión, gases.
- Diarreas, estreñimiento, ayudas que utiliza para solucionar estos problemas.

Dificultades para el seguimiento de la dieta:

- Boca-masticación-piezas dentarias.
- Túrmix-SNG-estomas.
- Estreñimiento-diarreas.

Ejercicio:

Revisar hábitos propios del paciente:

- Vida sedentaria.
- Cuidadores de la familia.
- Ejercicio en casa.
- Reuniones sociales, religiosas.

En pacientes inmovilizados:

- Deambulación.
- Movilización silla-cama.
- Cambios posturales sea en cama o en silla.
- Ejercicio adecuado a sus limitaciones.

Tratamientos:

- Revisar el tratamiento actual.
- Dificultad de seguimiento.
- Olvidos de las tomas.

Habitos de vida:

- Tabaco.
- Alcohol.
- Vida sedentaria.
- Stress (problemas familiares y/o sociales).
- Ser el propio cuidador de la familia.

¿Qué debemos controlar o revisar en pacientes que ya están incluidos como pacientes inmovilizados?

Eliminación:

- Incontinencia orina.
- Incontinencia fecal.
- Ambas incontinencias.
- Revisar: utilización de absorbentes, sonda vesical, estomas.

Piel y adaptación vivienda:

Aseo:

- Jabones neutros.
- Hidratación de la piel: cremas, masajes, aceites.
- Adaptación del baño con plato de ducha, asa de sujeción, silla de baño, etc.

Adaptación con cama articulada, colchón antiescaras, silla/sillón, cojín antiescaras, andador, grúas, protectores de talones, etc.

Adaptación de la vivienda evitando la utilización de alfombras, evitando las esquinas de muebles, etc., para evitar caídas o accidentes caseros.

Cuidador principal:

- Familia: esposo/a, hijos.
- Colaboración de la familia.
- Cuidadores remunerados, etc.

Educación sanitaria:

Para conseguir una vida digna.

- Dieta.
- Ejercicio.
- Tratamientos.
- Cambios posturales.
- Cuidados de la piel.
- Implicar a la familia.
- Cambio de hábitos.
- Prevención de caídas.
- Prevención de úlceras.
- Prevención de complicaciones.

Control trimestral:

- Visita del equipo de enfermería en consulta o en domicilio.
- Control de constantes. PAPPS (protocolo de actividades preventivas).
- Escala de AVD: Barthel, Katz, Bradem, etc.
- Protocolo de atención domiciliaria del centro de salud donde se haga una nueva valoración de su dieta, ejercicio, tratamiento, incontinencias, problemas de piel, adaptación de la vivienda, cuidador principal, hábitos familiares y sociales.
- Derivación a la Trabajadora Social (protocolo de valoración social).
- Seguimiento: CONTROL TRIMESTRAL
 1. Revisión y evaluación.
 2. Dar cita para la próxima realización del protocolo.

Resultados

Siguiendo la pauta de actuación definida, realizando este protocolo, los resultados esperados son satisfactorios por parte del equipo de enfermería de Atención Primaria San José A de La Coruña, habiendo notado que ha disminuido el número de pacientes en domicilio con úlceras por presión.

Conclusiones

Continuar con este protocolo y poder captar a los pacientes inmovilizados cuanto antes para así hacer educación sanitaria en todos los aspectos necesarios: físicos, psíquicos y sociales, derivando al trabajador social para hacer una valoración social y así poder ayudar al paciente y a su familia en realizar las actividades de la vida diaria el mayor tiempo posible.

Ayudar al Paciente y a su Familia en realizar las actividades de la vida diaria, durante el mayor tiempo posible, y en las mejores condiciones posibles.

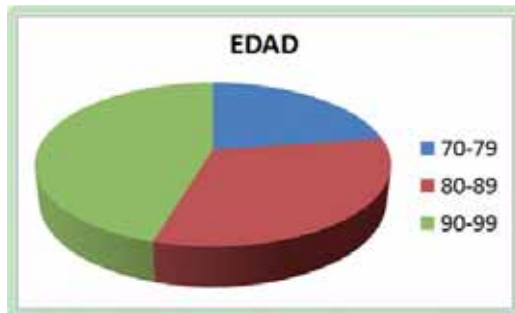
¿Cómo?

- 1 Realizar el Protocolo de inmovilizados y poder captar a los posibles pacientes inmovilizados cuanto antes.
- 2 Hacer Educación sanitaria en todos los aspectos necesarios: Físicos, Psíquicos y Sociales.
- 3 Derivar al Trabajador social para hacer una valoración social.
- 4 Evitar la formación de úlceras por presión y heridas, con PREVENCIÓN y EDUCACIÓN.

“No es un camino de rosas, pero es el camino a seguir”.

ESTUDIO COMPARATIVO DE CASOS:

Película de barrera no irritante vs óxido de zinc



En los últimos años, los cuidados de la piel perilesional en la Cura en Ambiente Húmedo¹ han experimentado un gran avance, tanto por la aparición de instrumentos de medida² para valorar el deterioro de la integridad cutánea de ésta, como por la introducción de nuevos productos para la protección de la misma³⁻⁴⁻⁵. En este estudio valoramos el uso de uno de estos productos, una película de barrera no irritante, frente a uno de los productos tradicionalmente utilizados, las pomadas con un 25 % de óxido de zinc. La película de barrera no irritante o película protectora cutánea es un acrilato plástico sin alcohol que no contiene látex. Se emplea en la piel perilesional en forma de spray (mediante un barrido a unos 15 cm de distancia) o con un aplicador. Se emplea sobre la piel seca y tarda 30 segundos en secarse y comenzar su acción protectora. No necesita retirarse y se debe aplicar cada 48-72 h⁶.

La pomada con óxido de zinc es un producto constituido por una fórmula a base de óxido de zinc, vaselina, lanolina y almidón, con un contenido de óxido de zinc en distinta proporción. Para este estudio elegimos una pomada con un 25% de óxido de zinc, cuya acción sobre la piel perilesional es astringente, descongostiva y protectora. Su retirada se realiza mediante aceites o solución limpiadora específica. Se aplica en cada cura⁷.

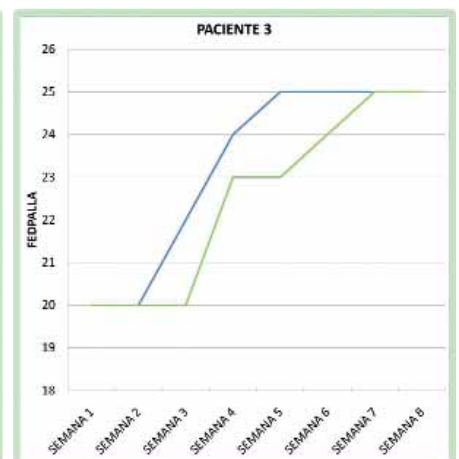
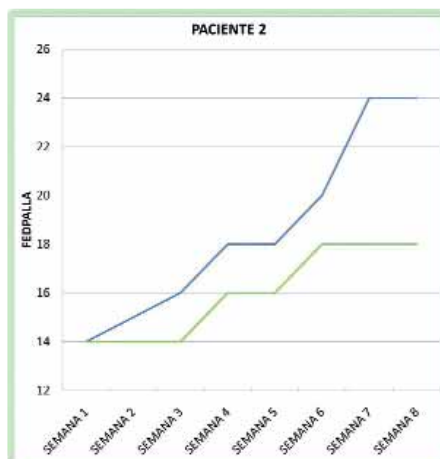
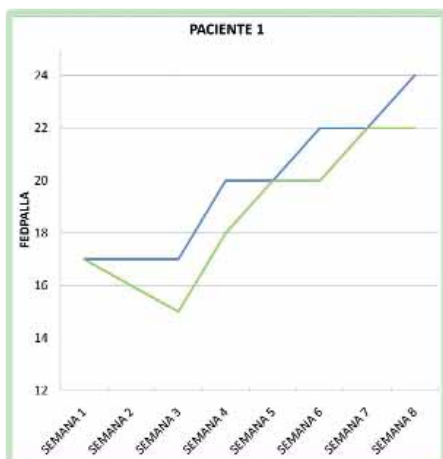
Objetivos

- Comparar la protección de la piel perilesional de un producto frente al otro.
- Estudiar su comportamiento en los bordes de la lesión cuando se presenta maceración.
- Comparar la facilidad de aplicación y retirada de ambos productos.

J. Sánchez Gálvez.
Enfermero, Máster en Deterioro de la Integridad Cutánea, Ulceras y Heridas. UCV. SARDomus S.L. Atención Domiciliaria Barcelona.

A. Martínez Mirayo.
Enfermera FREMAP Pinto, Madrid.

Correspondencia:
shjsg@hotmail.com
SARDomus S.L. Ametller, 6,
08906 L'Hospitalet de Llobregat.
Teléfono: 932601541





Cavilon.



Material y método

La muestra está formada por 5 pacientes, mujeres, con edades comprendidas entre los 70 y los 94 años. Cada paciente presenta dos heridas de igual origen y antigüedad: inciso-contuso, úlceras vasculares o úlceras por presión, entre los meses de mayo a diciembre de 2008.

En cada paciente, protegemos según protocolo⁸ la piel perilesional de una de las heridas con la película de barrera no irritante, y la otra con una pomada con un 25% de óxido de zinc.

Realizamos valoraciones semanales durante 2 mediante la escala FEDPALLA[®], que mide en 5 grados el deterioro de la integridad cutánea en la piel perilesional y el pronóstico de epitelización, otorgando una puntuación que oscila entre 5 y 25, siendo el intervalo de 21 a 25 el de mejor pronóstico de epitelización⁹.

Por otro lado, valoramos de 1 a 5, siendo 1 el mínimo y 5 el máximo la facilidad de aplicación y retirada de ambos productos, mediante encuesta al personal de enfermería y a los pacientes tratados.

Resultados

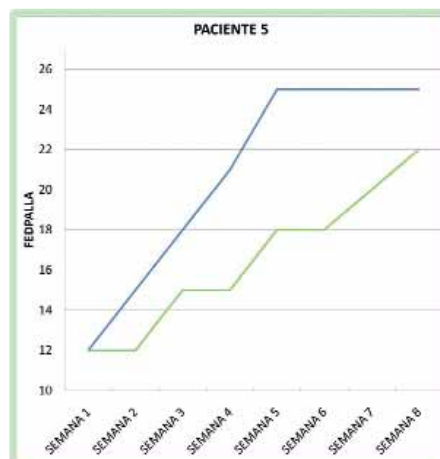
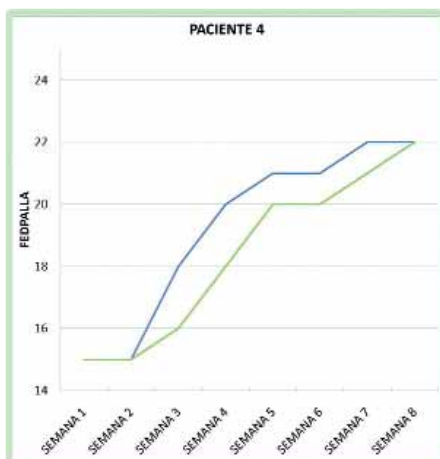
Se observa en todos los casos que la protección con la película de barrera no irritante hace aumentar de manera rápida, y superior a la pomada con un 25% de óxido de zinc, la valoración en la escala FEDPALLA.

También se observa que su uso disminuye la dermatitis causada por el pH del exudado, así como evita la dermatitis por contacto resultante del adhesivo de algunos apósitos a la vez que permite la correcta fijación de los mismos.

La pomada con un 25% de óxido de zinc disminuye en menor medida ambas dermatitis, no per-

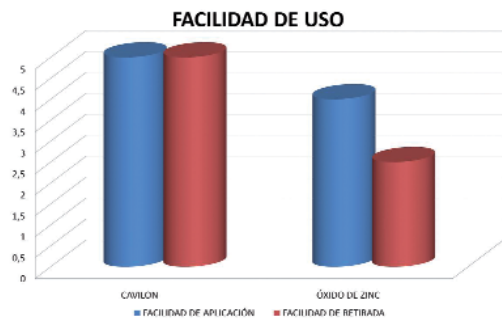
Bibliografía:

- 1 Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC). **Procedimiento cura en ambiente húmedo**. www.anedidic.org. 25 de Mayo 2008. <http://www.anedidic.org/procedimientos/documentos/protocolo-cura-en-ambiente-h-medio.pdf>
- 2 *Conselleria de Sanitat. Guía de Práctica Clínica de Enfermería de Prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas*. Anexo 8, Tabla II. Valencia 2008. Página 125.
- 3 Segovia Gómez, T.; Morán, J. y González, S. **Evaluación in vivo mediante microscopía confocal del efecto protector de la película barrera no irritante 3M Cavilon sobre la piel perilesional**. Gerokomos. 2008 Mar; 19(1): 41-46.
- 4 Smith & Nephew. **Triple Care™ Cream**. 16 de Diciembre 2008. <http://wound.smith-nephew.com/AU/node.asp?Nodeid=3882>
- 5 Gago Fornells, M. y García González, F. **Cuidados de la piel Perilesional**. Fundación 3M y Drug Farma, S.L. www.fundacionsergiojuan.org. 16 de Noviembre 2008. http://www.fundacionsergiojuan.org/pdf_gneacupp/libro_pi_el_perilesional.pdf#page=135
- 6 **3M Material safety data sheet 3M™ Cavilon™ no sting barrier film with foam applicator**. (IO) 3343, 3344, 3345, 3343E, 3344E, 3345E, 3343P, and 3345P. 19 de Diciembre 2008. http://multimedia.3m.com/mws/mediawebservlet?66666UtN8ZUXL99X4XT6N8T_oVu9KcuZgVU_LXT1u666666-





Reemplazo cavilon.



Ox Zn.

Bibliografía: continuación

7 Rosenstein Ster, E. y Solís Sánchez, J. **Diccionario de especialidades farmacéuticas 2008** Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de medicina. 19 de Diciembre 2008. http://www.facmed.unam.mx/bmnd/dirjo.php?bib_vv=6

8 **Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC). Protocolo protección piel perilesional.** www.anedidic.org. 25 de Mayo 2008. <http://www.anedidic.org/procedimientos/documentos/protocolo-proteccion-piel-perilesional.pdf>

9 **Federico Palomar Ulatas, Begoña Fomes Pujalte, Ana Tornero Pla y Amparo Muñoz. Escala valoración FEDPALLA de la piel perilesional.** Rev. Enfermería Dermatológica, nº 00, abril 2007.

mite la fijación del apósito y, en varios casos, se observa que disminuye la absorción del apósito al hacer una película que recubre la capa mas interna del mismo.

Por otro lado, la maceración de los bordes de la lesión disminuye con el uso de pomada con un 25% de óxido de zinc. Con la aplicación de la película de barrera no irritante se detiene la evolución de la maceración, sin observarse mejoría objetiva.

Los resultados obtenidos en la encuesta de valoración para la facilidad de aplicación y retirada puntúan con un 5 ambas características para la película de barrera no irritante.

En el caso de la pomada con un 25% de óxido de zinc, la facilidad de aplicación recibe una puntuación de 4, mientras que la facilidad de retirada obtiene un resultado de 2,5 puntos.

Conclusión

- La correcta aplicación de la película de barrera no irritante en la piel perilesional aporta beneficios a nivel de disminución de la dermatitis por exudado, evita la dermatitis por contacto y permite una fijación adecuada del apósito.
- En lesiones con bordes macerados, proponemos la aplicación de pomada con un 25% de óxido de zinc en los bordes y de la película de barrera no irritante en la piel perilesional, ya que ha sido la opción terapéutica con mejores resultados observados.
- La facilidad de aplicación de la película de barrera no irritante es muy similar a la de la pomada con un 25% de óxido de zinc. En cuanto a la facilidad de retirada, supera en 2,5 puntos la de la pomada con un 325% de óxido de zinc, disminuyendo el tiempo de trabajo de enfermería y abaratando costes.

Momificación de tejido no viable en pie neuroisquémico mediante aplicación de gluconato de clorexidina al 1%

Paciente con cáncer de colon en estadio terminal, con diabetes de larga evolución, insuficiencia venosa HTA, bloqueo AV de grado I, artrosis y malos hábitos saludables. Exploración: presenta hallux valgus en pie derecho, con una deformación completa de todos los metatarsianos de dicho pie y progresiva deformación de todos los dedos. En 5º dedo de dicho pie ha sufrido luxación de la primera falange, con desviación lateral y exposición de la misma con osteomielitis, se le practicó resección de la primera falange y curetaje de los tejidos infecciosos. Posteriormente desarrolla necrosis del pulpejo tras cirugía. Estudio vascular, Eco-doppler y estudio vascular del miembro inferior: con sistema venoso profundo normal, insuficiencia venosa superficial a expensas de perforante de tercio posterior del muslo, Índice tobillo-brazo de 1.3 Estenosis a nivel de arteria tibial posterior. Exploración neurológica del pie: Sensibilidad vibratoria disminuida, percepción de menos de 4 de los 5 puntos explorados con el monofilamento, afectación de la sensibilidad térmica. Cultivo positivo (aspiración) a *S. Aureus*, *P. Aeruginosa* y *P. Mirabilis*. Diagnóstico Pie isquémico con polineuropatía, que presenta ulcera neuroisquémica infectada con necrosis en falange de 5º dedo del pie derecho. Tratamiento y evolución: Se aplicó gluconato de clorexidina para realizar la momificación; se extirpa pulpejo afectado y se cura por segunda infección mediante protocolo de cura en ambiente húmedo. Conclusiones. Evolución favorable sin desarrollo de complicaciones, con delimitación de tejidos gangrenosos en 6 días. No desarrollo de celulitis. Cicatrización total de la herida en 40 días. Muy cómodo para el paciente que realizó el tratamiento en domicilio.

Historia clínica

Paciente varón de 86 años, con antecedentes de Diabetes de larga evolución tratado con antidiabéticos orales, bloqueo AV de primer grado y hemibloqueo anterior de rama izquierda. Hipertensión Arterial, insuficiencia venosa superficial crónica. Ulceras venosas varicosas. Intervenido de varices hace 30 años. Hiperplasia benigna de próstata, car-



Foto 1: *Estadio inicial.*

cinoma de colon con afectación ganglionar y metástasis múltiples tratado paliativamente, deterioro cognitivo leve, artrosis generalizada, ex fumador y bebedor moderado de licores y orujos.

En la actualidad, presenta hallux valgus en pie derecho, con una deformación completa de todos los metatarsianos de dicho pie y progresiva deformación de todos los dedos. En 5º dedo de dicho pie ha sufrido luxación de la primera falange, con desviación lateral y exposición de la misma con osteomielitis, motivo por el cual hace unas semanas se le practicó resección bajo anestesia local la primera falange y curetaje de los tejidos infecciosos. Posteriormente desarrolla necrosis del pulpejo tras cirugía, motivo por el cual acude a la consulta de enfermería para curarse.

El paciente aporta las siguientes pruebas diagnósticas recientes:

- Hemograma: que evidencia anemia (Hematocrito 31%, Hemoglobina 9 gr/dl), e hipoproteïnemia (Albúmina 2,7 gr/dl, proteínas totales 5,2 gr/dl).
- Eco-doppler y estudio vascular del miembro inferior: con sistema venoso profundo normal, insuficiencia venosa superficial a expensas de perforante de tercio posterior del muslo, Índice tobillo-brazo de 1.3 (no valorable¹), estenosis a nivel de arteria tibial posterior.

Silvia Cerame Pérez .
Fogar do Maior.
Xunta de Galicia.

Manuel García Toro.
Hospital de Zafra.
Unidad de Cirugía.
Servicio Extremeño de Salud.

Correspondencia:
scerame@scerame.com
mgarciadue@hotmail.com



Foto 2: Momento de aplicación del antiséptico.



Foto 3: Protección interdigital preventiva de nuevas lesiones.



Foto 4: Segundo día de evolución.

- Enema opaco: Severa estenosis, circunferencia de 2,5 cm de longitud en la porción distal del sigma, no lográndose paso de contraste al resto del colon. Se descartan técnicas quirúrgicas (como la angioplastia percutánea transluminal², o derivaciones revascularizadas by-pass³), por el pronóstico vital terminal del paciente. El tratamiento farmacológico actual esta constituido por analgésicos, diuréticos, antiagregantes plaquetarios, anti diabéticos orales, y ansiolíticos.

Exploración; valoración de lesiones

Dentro de la búsqueda de la mayor calidad posible, en la atención al anciano con heridas crónicas, se realiza una valoración integral del paciente y la herida, sobre la base de las necesidades de cuidados que esté presente y sus capacidades funcionales y mentales y los recursos sociales que disponga.

Esto a su vez, permite la correcta elaboración del plan de cuidados, así como, una cuantificación del grado de implicación y participación del paciente, en el plan terapéutico.

Valoración del Paciente

Valoración de necesidades. (V. Henderson⁵)

1. Respirar

En el momento de la valoración se muestra eupneico, (19 resp/min), sin dificultad para la expectoración, no se evidencia secreciones en vía respiratoria. Desde hace años ha dejado de fumar. No lo recuerda con certeza.

2. Beber y comer

Mal apetito. Necesita estímulo para comer. No presenta dificultad para masticar ni para tragar. Autónomo para comer solo aunque necesita ayuda para cortar algunos alimentos. Molestias de estomago frecuentes, gases así como náuseas y vómitos derivados de patología neoplásica y tratamiento con quimioterapia y radioterapia. Realiza 4 comidas al día, siendo el desayuno merienda livianos frente a almuerzo y cena. Peso actual: 53 kg. Pérdida 19 kg desde hace 6 meses. Talla: 1,66 mts. IMC = 19,27 kg/m². Consume esporádicamente aguardientes y orujos.

3. Eliminar

Patrón intestinal con una frecuencia 6 heces blandas día y tendencia a incontinencia, derivado de patología oncológica. Patrón urinario caracterizado por poliuria y nicturia. Uso de pañal como dispositivo para ambas incontinencias. Al lavabo va solo. Diaforesis/transpiración abundante.

4. Moverse

Se desplaza, se sienta en el sillón, se levanta y se mueve en la cama solo. Refiere dolor en miembros

inferiores y se observan edemas y trayectos varicosos. La palpación del músculo de la pantorrilla provoca dolor. Signo de Homans: negativo en ambas extremidades. Coloración grisácea de extremidades. Amplitud limitada del movimiento, miembros superiores no, de miembro inferior derecho si, afectado de gonartrosis y hallux valgus. La fuerza de extremidades superiores es buena. Pierna derecha débil. No mareos ni movimientos incontrolados al deambular. P.A. 146/92 mmHg. Pulso: 86 lat/min. Regular. Se vale de bastón para desplazarse.

5. Dormir y descansar

Sin dificultad para conciliar el sueño.

6. Vestirse y desnudarse

Precisa ayuda para poder vestirse / desnudarse debido a dolores, rigidez articular, confusión, debilidad.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales

Habitualmente es: caluroso. Temperatura de la piel: frío en extremidades.

8. Estar limpio y aseado, y proteger los tegumentos

Capaz de lavarse en la ducha siempre con ayuda. Precisa ayuda para el cuidado: del cabello, uñas, y prótesis dental. Piel seca, prurito, y presencia de escamas. No usa hidratantes / emolientes para proteger sus tegumentos.

9. Evitar los peligros

Buen estado de conciencia, bien orientado en tiempo, personas, espacio. Ansiedad marcada. Riesgo de caída, precisa andador y barandillas. Dolores de intensidad marcada, tipo crónico y constante, localizado en articulaciones y miembros inferiores, para aliviarlos toma analgesia indicada por unidad de cuidados paliativos. Refiere alergia a productos iodados. La familia le asignará un cuidador que le ayude con sus cuidados personales y el plan terapéutico.

10. Comunicarse con los semejantes

Se expresa con normalidad en castellano y gallego, aunque de manera ralentizada es capaz de comprender lo que se dice. No limitaciones visuales ni auditivas. Dificultades intelectuales de concentración y memoria.

11. Actuar según sus propias creencias y valores

Mala aceptación de la enfermedad oncológica, del tratamiento, y de la cultura medico-sanitaria. Importancia de los valores y creencias en curanderos y otras figuras culturales similares.

12. Preocuparse de la propia realización

Acentuado deseo de ser autónomo. Falta de confianza en sí mismo, estado depresivo, modificación del esquema corporal.



Foto 5: Plano posterior del 5º dedo.



Foto 6: Momento de la extirpación.



Foto 7: Pie tras eliminación de tejido necrótico.

13. Distraerse

Suele estar triste. No es capaz de buscar actividad de ocio. Disminución de los centros de interés.

14. Aprender

Conserva capacidad de adquirir conocimientos aunque sin motivación para aprender sobre su salud.

Valoración de la Herida

Presenta ulcera neuroisquémica, con una antigüedad de 2 semanas, correspondiente con un estadio 3d en la clasificación de úlceras diabéticas de la Universidad de Texas⁶, en falange del 5º dedo del miembro inferior derecho. El tejido necrótico ocupa la mayor parte del lecho de herida y puede apreciarse áreas circundantes con afectación de la integridad epidérmica, que se extienden hacia región dorsal del pie afectado por la isquemia. La piel en general presenta un aspecto seco y escamoso. Exudado "moderado", de aspecto turbio y de olor desagradable. Tratamiento previo por el propio paciente con gasas. El paciente no refiere dolor a este nivel^(foto 1).

Exploraciones realizadas:

- Barthel: 85 ptos. Dependencia leve para las ABVD.
- Lawton y Brody: 3 ptos. Dependencia para las AIVD.
- Mini mental test: 23 ptos. Deterioro cognitivo leve.
- Yesavage: 13 ptos. Estado depresivo.
- OARS: Recursos sociales ligeramente deteriorados.
- Exploración neurológica del pie: (en base a la aplicación del monofilamento 5.07 Semmes-Weinstein, diapason graduado 128 Mhz y barra térmica⁷), Sensibilidad vibratoria inferior a 4, percepción de menos de 4 de los 5 puntos explorados con el monofilamento, afectación de la sensibilidad térmica. Polineuropatía, (sensitiva, motora y autónoma).
- Cultivo (aspiración) y antibiograma: Gérmenes presentes, S. Aureus. P. Aeruginosa y P. Mirabilis.

Diagnóstico y plan de cuidados

Se procedió al análisis de datos recogidos, descripción de problemas de salud y necesidad de cuidados conforme a taxonomía NANDA⁸.

Plan de cuidados

Entre el equipo terapéutico (medico y enfermera domiciliaria), el propio paciente y el cuidador principal, se acordó:

Con respecto a los cuidados generales del paciente:

1. La elaboración de una dieta apropiada para la diabetes y patología de colón, en 5 tomas diarias, de poca cantidad de alimentos, equilibrado y teniendo en cuenta los gustos y preferencias del paciente. Que fue complementada con la administración de batidos ricos en energía, proteínas y bajo en fibra, en azúcares de absorción rápida y grasas saciadoras.
2. La monitorización periódica de aportes y pérdidas hídricas, presión arterial, glucemia y temperatura.
3. Evitar actividades que puedan implicar una actividad física excesiva, las principales tareas del hogar y autocuidados, que el paciente no pueda realizar (baño, aseo, cuidado de los pies, vestimenta, etc...) serán efectuados por el cuidador contratado.
4. La interconsulta a la Unidad de dolor y cuidados paliativos, para nueva valoración de náuseas, diarreas y del dolor crónico asociado a patología oncológica.
5. Un nuevo tratamiento farmacológico, con antibioterapia endovenosa (reservorio subcutáneo), Cilastatina sódica e Imipenem 500 mgr, (Tienam[®]) un vial diluido en 100 ml de suero fisiológico cada 24 horas, administrado por la enfermera que le visite en domicilio, como profilaxis antiinfecciosa⁹. Se evitará, en la medida de lo necesario, el traslado y tratamiento hospitalario.
6. La gestión por parte del cuidador de la medicación ingerida a diario por el paciente, con el fin de evitar un manejo ineficaz del régimen terapéutico.
7. El mantenimiento general de tegumentos con hidratantes, para paliar los cambios tróficos provocados por la isquemia y la neuropatía.
8. Tratamiento de uñas, hiperqueratosis, etc... así como descargas por servicio de podología.
9. Educación sanitaria al paciente, familia y cuidador que fomente hábitos saludables, permita conocer más sobre diabetes y sus complicaciones y mejore la calidad de los autocuidados.
10. Fomento de la comunicación y relaciones interpersonales familiares y comunitarias.

Con respecto a la herida,

1. Se explica al paciente la evolución del tejido afectado hacia la desecación y endurecimiento, debida a oclusión arterial.
2. Se descartan otras alternativas terapéuticas, y se orienta el tratamiento del pie afectado hacia una "momificación".

Bibliografía:

- 1 Carlos Lajoza y José M. Mastaza. Índice tobillo-brazo: una herramienta útil en la estratificación del riesgo cardiovascular. Unidad de Arteriosclerosis. Servicio de Medicina Interna. Hospital Carlos III. Madrid, España. Rev Esp Cardiol 2006; 59: 647 - 649
- 2 J. Urbano García. Tratamiento percutáneo de la insuficiencia arterial crónica de los miembros inferiores. Unidad de Radiología Intervencionista. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. Cardiovascular Risk Factors. Julio 2002. Vol. 11 Nº 4, 256-266.
- 3 Rodríguez J. y Llana J. Tratado de pie diabético. Técnicas de revascularización en el pie diabético. Cap. VIII, 99-105. Jarpyo Editores. Madrid. 2002.
- 4 Rueda J, Martínez F, Blanco J, Ballesté, Hernández E. Valoración Integral al paciente con heridas. En: Atención Integral de las heridas crónicas. Soldevilla JJ, Torra JE. Madrid SPA 2004; 47-61.
- 5 María Teresa Luis Rodrigo, Carmen Fernández Ferrín y María Victoria Navarro Gómez. De la teoría a la práctica: El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Anexo 2, pag 145. Publicado por Elsevier España, 2005.
- 6 The Diabetic Foot. Levin and O'Neal's. Sixth Edition, 2001. Mosby.
- 7 Edgar Peters. Detectar personas con pie diabético: cuándo y cómo. Diabetes Voice. Noviembre 2005 Volumen 50 Número especial.
- 8 Alonso M. García Hernández. NANDA. Desde su nacimiento hasta nuestros días. Revista de Enfermería. Nº 0, agosto 2007, pages 17-36.



Foto 8: Momento de la cura.



Foto 9: Herida a los 8 días tras el inicio.



Foto 10: Herida a los 15 días.

Tratamiento local y evolución de la lesión

Inicio:

Se comienza la aplicación de gluconato de clorhexidina al 1%. (Cristalmina®). El paciente es alérgico a sustancias yodadas (foto 2).

Para el cuidado de la piel circundante se pauta aplicación de ácidos grasos hiperxigenados (Salvaskin®). Apósito convencional y vendaje protector no compresivo. La frecuencia de curas inicial se estableció en 24 horas (foto 3).

Del 2º al 5º día:

Durante este periodo se ha mantenido el tratamiento inicial descrito anteriormente (foto 4).

Se observó disminución del exudado y olor. La isquemia progresó y delimitó el área de gangrena. Se procede a la desecación paulatina de tejidos desvitalizados, "momificación" (foto 5).

Días 6º y 7º:

Llegados a este nivel, se decidió junto al paciente, amputación abierta del 5º dedo a nivel de la articulación metacarpo-falángica (foto 6 y 7).

Como profilaxis antiinfecciosa tras la amputación¹⁰, se procedió a la aplicación de gluconato de clorhexidina al 1%. (Cristalmina®). Se utilizó como apósito un alginato cálcico en cinta por sus propiedades hemostáticas (Urgosorb®). Se fija la cura con vendaje no compresivo.

Semana 2ª y 3ª:

Se priorizó como objetivos de la cura, el mantenimiento de un nivel de colonización microbiológica compatible con la cicatrización, así como el mantenimiento mediante protocolo de cura en ambiente húmedo¹¹ de los tejidos afectados por la cirugía.

Para la profilaxis antiinfecciosa se conserva antibioterapia endovenosa hasta la segunda semana, y se realiza la descontaminación de la herida con gluconato de clorhexidina al 1% (Cristalmina®). Para el control del exudado se utilizó apósito en cinta de hidrofibra de hidrocoloide con plata (Aquacel Ag®) (foto 8).

Se continuó con la aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados para el cuidado de piel perilesional. La pauta de curas fue de 24-48 horas en este periodo.

Durante estas semanas, la herida evolucionó hacia la cicatrización, el exudado pasa a ser de "moderado" a escaso. No existe colonización crítica¹² que afecte a la cicatrización (foto 9, 10 y 11).

4ª Semana y Final:

Puede observarse una reducción del tamaño y profundidad de la herida, menor volumen de exudado, así como la ausencia de signos y síntomas de infección. También se produce un aumento del tejido de epitelización y mejora la sequedad y depósitos escamosos presentes en el miembro inferior (foto 12). A partir de este momento, tras la retirada del apósito y limpieza con suero fisiológico, se utiliza para la gestión de exudados y el fomento de la epitelización, apósito hidrocoloide estéril semi-transparente en placa (Sureskin II Thin®). Indicado principalmente en el cuidado de úlceras superficiales con exudado seco a moderado y curas post-operatorias¹³. La frecuencia de curas es de 72 horas.

La herida consigue epitelizar finalmente a los 40 días de tratamiento (foto 13).

A partir de este momento se establecen controles regulares, que implican, entre otras acciones, la educación sanitaria y vigilancia de los pies del paciente por parte de la enfermera domiciliaria, ya que teniendo en cuenta los antecedentes clínicos del paciente, (factores predisponentes, agravantes y desencadenantes)¹⁴, la extremidad se consideró como pie diabético de alto riesgo. El seguimiento del dolor asociado a patología oncológica, continua en la actualidad siendo gestionado por la Unidad del Dolor de manera aceptable para el paciente. El resto de cuidados generales, son los mismos que al inicio del tratamiento de la herida, se pautaron por el equipo terapéutico domiciliario.

Discusión

Con la finalidad de aplicar la evidencia disponible al caso clínico, tras búsqueda bibliográfica en las principales fuentes de datos, (Medline, Cuiden, Cochrane Plus, Joanna Briggs, etc...) de los términos "diabetic feet", "chlorhexidine", "pie diabético" y "clorhexidina" y sus variantes; No se han encontrado evidencias del tratamiento de tejido necrótico, en miembros inferiores no revascularizables de diabéticos, con este antiséptico.

El uso de antisépticos, en pies afectados de neuropatía y/o isquemia, con fines a la momificación de tejidos no viables y su posterior amputación programada o espontánea, no es nuevo. Se tiene conocimiento del uso con esta finalidad de: rivanol y tripaflavina (antisépticos de uso externo derivados

Bibliografía: continuación

- 9 Documento de consenso sobre el tratamiento antimicrobiano de las Infecciones en el pie del diabético. Asociación Española de Cirujanos (AEC), Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculard (SEACV), Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y Sociedad Española de Quimioterapia (SEQ). Rev Esp Quimioterapia, Marzo 2007; Vol. 20 (Nº 1): 77-92.
- 10 Recomendaciones sobre el uso de antisépticos en las heridas crónicas. Documento Técnico VIII. GNEAUPP. Rev. Febrero. 2003.
- 11 Protocolo de cura en ambiente húmedo. Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea. Disponible en www.anedidic.org
- 12 Cutting Keith F., White Richard J. Revisión de criterios para la identificación de infecciones en heridas. Gerokomos. 2006 Mar; 17(1): 50-58.
- 13 Información facilitada por el propio fabricante Salvat Laboratorios. Extracto de documentación técnica disponible en: <http://www.salvat-lab.es/product/sureskint.html>
- 14 Angel Camp Fauli. Cuidados en el pie diabético. Smith & Nephew. Barcelona 2002.
- 15 P. Larraz y C. Ibarrola. "Los pies de Teruel". Asistencia y tratamiento de las heridas por congelación en los hospitales navarros durante la guerra civil. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Febrero 2005. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol28/n2/orig3a.html>



Foto 11: Herida a los 19 días de tratamiento.



Foto 12: Herida tras 26 días de tratamiento.



Foto 13: Herida cicatrizada.

de la acridina), tintura de yodo, merfen, (una solución de nitrato de fenilmercurio), azul de metileno (cloruro de tetrametilitionina) y del líquido dakin-carrel (solución a base de hipoclorito sódico), a parte de la ya clásica, agua oxigenada (H₂O₂) y la povidona yodada, no solo en pacientes diabéticos sino en congelaciones que también provocan daños irreparables en miembros inferiores¹⁵.

En este tipo de heridas, donde la finalidad de la cura es la momificación lo más precoz posible del tejido necrótico, se ha buscado entre las diferentes alternativas terapéuticas, aquel antiséptico que permita la delimitación clara de los tejidos afectados por la isquemia y que no permita se degradación por acción de las bacterias mientras se programa una amputación.

La elección inicial de aplicar gluconato de clorhexidina al 1% se fundamenta en las propiedades de este antiséptico¹⁶: amplio espectro antimicrobiano (es una biguanida catiónica activa frente a un alto número de microorganismos), rápido inicio de acción, acción residual de 6 horas desde su aplicación, mantenimiento de su actividad antiséptica frente a materia orgánica, sangre, y exudado, además de no ser citotóxico a concentraciones menores del 4 %¹⁷. Tiene una despreciable absorción percutánea que, en el caso de producirse, la absorción del antiséptico es extremadamente baja, con lo que carece de efectos sistémicos¹⁸.

Siguiendo las directrices de tratamiento para heridas crónicas, (incluido pie diabético), del European Pressure Ulcer Advisory Panel, se uso la clorhexidina en la úlcera durante un periodo de tiempo limitado hasta que la herida estuvo limpia y la inflamación del tejido periulceral se redujo.

Otra de las sustancias aplicada a bajas dosis, junto al gluconato de clorhexidina es la alantoína, presente en la formulación de Cristalmina Plus[®]. Aún no se conoce con exactitud la acción de la alantoína en el tratamiento de heridas. Se sabe que está implicada en la proliferación celular, por lo que acelera a regeneración de la piel. De cara a la práctica también es importante la acción queratolítica, así como se le supone la propiedad de producir un aumento del número de leucocitos a nivel local¹⁹.

En el caso clínico expuesto, la extracción de falange del 5º dedo se practico de forma ambulatoria en sala de curas, sin embargo existen desde hace años, prácticas de buena evolución en pa-

cientes que se les realizó amputación domiciliaria de ortijos²⁰.

La experiencia aportada por el caso clínico, puede ser utilizada en la elección de variables y el diseño de futuros estudios, que arrojen luz sobre los beneficios del uso de gluconato de clorehexidina en la momificación, la seguridad frente a infecciones en pie diabético previa a amputación, y el mantenimiento de estos tejidos en el ámbito domicilio frente al hospitalario.

El 50 % de los pacientes diabéticos padecen úlceras en el transcurso de su vida que pueden provocar una amputación, además el 50 % va a necesitar una nueva amputación en el transcurso de los siguientes 5 años²¹⁻²². El pie diabético es la principal causa de hospitalización de estos pacientes, ya sea por la aparición de ulceración, isquemia o infección. Así, en los países occidentales, cada año hasta el 10% de los pacientes que sufren problemas establecidos en los pies requieren un largo ingreso hospitalario y en muchas ocasiones, algún grado de amputación. Muchas de estas úlceras pueden curar sin necesidad de amputación o cuando ésta es necesaria, puede ser más conservadora de la extremidad si se realiza un tratamiento adecuado de la infección²³.

Conclusiones

- La experiencia fue positiva para el paciente y cuidadores al ver como en pocos días se produce disminución del olor, el área de necrosis se limitaba y sin aparecer sepsis que pusieran en juego la viabilidad de todo el pie afectado.
- El uso de Cristalmina Plus[®] permite una correcta valoración de los cambios en los tejidos, provocados por la isquemia, ya que es una solución incolora, lo que facilita la tarea de los profesionales sanitarios.
- La clorhexidina presta al profesional sanitario una mayor confianza, frente al uso de otros antisépticos (povidona yodada, agua oxigenada, etc...) para la eliminación de gérmenes presentes en el tejido necrótico, puesto que no se inactiva frente a materia orgánica.
- No existen actualmente evidencias científicas suficientes, que aconsejen o desaconsejen, el uso de gluconato de clorhexidina en la momificación y prevención de la infección, previa a la amputación en pies neuroisquémicos. Se precisa realizar otros estudios, con una muestra más amplia.

Bibliografía: continuación

- 16 Blanco J, Blasco C, Ballesté J, et al. Recomendaciones sobre la utilización de antisépticos en el cuidado de heridas crónicas. *Gerokomos* 2003; 14 (2): 95-101.
- 17 Casamada N, Ibáñez N, Rueda J, Torra JE. Guía práctica de la utilización de antisépticos en el cuidado de heridas. ¿Dónde?, ¿cuándo? y ¿por qué? Barcelona: Laboratorios SALVAT, 2002.
- 18 Ibáñez N, Casamada N. Clorhexidina: un antiséptico ideal. *Rev Rol Enf* 2005; 28(9):591-595.
- 19 Análisis de los componentes y propiedades de la secreción del caracol. Universidad de Concepción, Mexico.
- 20 Acad. Dr. Fermín Rafael-Martínez de Jesús, Dr. Rafael Mávila-Lara, Dra. Isabel Mendiola-Segura. Amputación domiciliaria de ortijos en pacientes diabéticos. *Cir Ciruj* 2001; 69: 226-231.
- 21 Dr. Armando González Expósito, Dra. Eneida Carballosa Peña y Dra. Dianelis González Rodríguez. Morbilidad por el síndrome de pie diabético. *Rev Cubana Angiol y Cir Vasc* 2003;4.
- 22 Stillman RM. Diabetic ulcer. *Med J* 2002;3(1):1-16.
- 23 Martínez DA, Aguayo JL, Morales G, Aguirán LM, Illán F. Impacto de una vía clínica para el pie diabético en un hospital general. *An Med Interna (Madrid)* 2004; 21: 420-424.

Úlcera venosa recurrente. Aplicación de terapia compresiva multicapa

Los enfermer@s en Atención Primaria atendemos heridas de etiología variada. Debemos realizar una correcta elección del tratamiento y no centrarnos únicamente en las heridas, que nos harían obviar otras medidas terapéuticas importantes y necesarias para alcanzar la cicatrización. Es necesario tener un conocimiento integral del paciente para poder abordar de manera total y contundente las causas que originan las heridas, como las complicaciones de estas, especialmente en las heridas crónicas. Estas generan grandes cargas de trabajo y su cicatrización suele ser un reto difícil de alcanzar, provocando apatía en el profesional y desesperanza en el paciente y su familia.

Una de las heridas más recurrentes en atención primaria son las úlceras vasculares de origen venoso. Generan una gran carga al sistema sanitario tanto económicamente como en recursos humanos. En pacientes con incompetencia venosa, debemos evaluar y controlar no solo las heridas, sino también identificar y controlar factores asociados, realizar un buen control metabólico, farmacológico y educarles en hábitos y conductas saludables. La aplicación de la terapia compresiva será nuestra mejor arma para la cicatrización y prevención de las úlceras vasculares de origen venoso.

Palabras clave: compresión multicapa, ITB, ulcera venosa.

Introducción

La insuficiencia venosa crónica (IVC) es la patología vascular de los miembros inferiores (MMII) más frecuente que existe en la actualidad. Aunque se considera una enfermedad menor, que solo excepcionalmente pone en peligro la vida, ocasiona para los países, desde el punto de vista sanitario, una gran carga asistencial tanto en recursos humanos como económicos. El elevado número de incapacidades físicas que origina se traducen en pérdidas de jornadas laborales e imposibilidad para llevar a cabo una vida normal.

Las varices primarias y secundarias, la tromboflebitis, la trombosis venosa profunda y el síndrome

postrombótico son las patologías más prevalentes en la IVC.

Las úlceras en los miembros inferiores son debidas en un 70-80% a la patología venosa, menos frecuentes las arteriales (6%) y cutáneas (4%). Debemos también reconocer las formas mixtas arterial y venosa.

Hace más de 2500 años que se conoce la existencia de las úlceras de etiología venosa y su estrecha relación con la insuficiencia venosa crónica.

A lo largo de la historia, diferentes documentos y autores hacen mención de la insuficiencia venosa y de la necesidad de la terapia con compresión para su curación.

El Relieve religioso de Lysimachides del siglo IV a.C. muestra a "Minos y una pierna enferma". En esta tabla votiva, se reconoce una pierna agrandada por una vena safena interna varicosa. Su curación se encomienda en este periodo a Dios.

En documentos procedentes de la Grecia arcaica (siglo VII y VIII a.c.) se menciona el uso de los vendajes en las heridas de las extremidades inferiores. Ya en el siglo V a.c. Celso menciona la necesidad de compresión mediante vendajes de lino en esta patología.

Hipócrates en el Corpus Hippocraticum (450-350 a.c.) aconseja "...tratar las varices mediante múltiples punciones vecinas y la posterior aplicación de un vendaje para conseguir la obliteración de la vena varicosa...".

Avanzando en la historia, Abulcasis (Abul-Qasin) (939-1010), Avicena (Abu-Ali al Hussaynibn-Sina) (980-1037), Henri de Mondeville (1260-1320), Giovanni Michele Savonarola (siglo XV), Fabricio d'Aquapendente (1537-1619), en sus publicaciones indican la necesidad de la aplicación de la terapia compresiva como medida indispensable para la curación de las heridas de etiología venosa en miembros inferiores.

Abroise Pare (1510-1590) trató de úlceras venosas al rey Enrique II en 1553 mediante un vendaje compresivo. Estableció la base fisiológica de los vendajes: "El vendaje debe comenzar en el pie y

terminar en la rodilla, sin olvidar un pequeño almohadillado para cubrir la vena varicosa y ejercer también presión decreciente”.

Parece inconcebible que aun hoy en el siglo XXI, nos empeñemos algunos en curar este tipo de heridas con multitud de apósitos combinados con diferentes tipos de pomadas, cremas y se nos siga olvidando el hecho indiscutible que la historia nos enseña:

“La base de la terapéutica de úlceras venosas es el tratamiento mediante la compresión”.

En 1848, William Brown, en Middlesex, realizó la primera patente de unas medias elásticas fabricadas con hilos de caucho.

Hagapoff, en 1900 es el primero que recomienda la contención elástica como prevención de la enfermedad tromboembólica.

Los primeros avances en el tratamiento quirúrgico, lo realizaron Linton (1983) y Cockett (1955) y después Dodd (1964) que observaron que la insuficiencia de las venas perforantes, que comunican el sistema venoso superficial y el profundo, era la principal causa patogénica del desarrollo de las úlceras venosas y su tratamiento quirúrgico una excelente solución.

En 1977 se organiza el primer simposio monográfico sobre contención elástica en Motreaux.

El diagnóstico diferencial entre una úlcera venosa, arterial o cutánea es primordial siguiendo en importancia el conocimiento de la fisiopatología de la IVC, siendo ambas cruciales para conseguir la cicatrización.

La terapéutica compresiva apoyada con el tratamiento con diferentes apósitos, desde hidrocoloides pasando por alginatos, hidrofibras, foams, combinados o no con platas y acabando con factores de crecimiento plaquetario y equivalentes epidérmicos de las células epiteliales, facilitan la curación y el mantenimiento de la integridad cutánea antes de abordar los procedimientos quirúrgicos, que se preservan para estadios más avanzados donde existe tejido necrótico de la fascia y precisa de su limpieza (fasciotomía).

Junto al tratamiento farmacológico sistémico reológico y antibióticos, se completa el abordaje de la IVC y sus ulceraciones en MMII.

Las varices primarias, afectación de las venas del sistema venoso superficial, las varices secundarias, afectación del sistema venoso profundo y el síndrome posttrombótico, consecuencia habitual tras la trombosis venosa profunda, son las principales patologías que provocan la ulceración de los miembros inferiores.

La incompetencia valvular que se produce en el sistema venoso superficial debido a las varices primarias, provocan una alteración del flujo normal sanguíneo convirtiéndose en flujo retrogrado, que acabará por afectar al sistema comunicante y principalmente a la venas perforantes que comunican el sistema venoso superficial y profundo, creando un caos circulatorio.

El número de válvulas venosas, que suelen ser bigeminadas, están en relación a las presiones a que están sometidas las venas, por lo que a mayor presión mayor número de estas y a mayor calibre de la vena menor número.

Estas válvulas son afectadas por tres mecanismos. La dilatación venosa provoca una separación de la capa endotelial o íntima de las venas por lo que las válvulas son incapaces de retener y dirigir el flujo en dirección normal ascendente. También existe la posibilidad de la perforación de una o ambas caras de las válvulas por degeneración o incluso de su desprendimiento, provocando la misma consecuencia, la incapacidad funcional normal para dirigir el flujo sanguíneo de forma ascendente.

Todo esto provoca un caos circulatorio que primeramente afectará al sistema venoso superficial, después este flujo retrogrado se trasladará a las venas perforantes y finalmente al sistema venoso profundo, desencadenando la insuficiencia venosa de todo el sistema.

La Insuficiencia Venosa Crónica (IVC) origina todas las úlceras venosas, alterando crónicamente la hemodinámica de las venas y aumentando la presión en los capilares cutáneos.

En ocasiones obstruye el flujo linfático provocando el edema o linfedema, pero en otras ocasiones provoca tal reducción del oxígeno en los capilares, que altera la morfofisiología de estos.

Se extravasan las proteínas de gran peso molecular por aumento de la permeabilidad del capilar formándose los llamados “manguitos de fibrina precapilar”, que reducen aun más el flujo nutritivo de la piel.

La consecuencia directa es la degeneración de las células epiteliales, del tejido subcutáneo e incluso de la fascia, dando lugar a una herida crónica con poca tendencia a la curación espontánea o úlcera de los MMII.

La triada de Virchows hace referencia al estasis venoso provocado por este flujo retrogrado, al daño endotelial que se presenta en el sistema venoso y al aumento de la hipercoagulabilidad, desencadenando la trombosis venosa profunda (TVP), manifestación más grave de todo lo descrito. Esta TVP tendrá más gravedad si acontece en el tercio proximal de los miembros inferiores que en el tercio distal, donde existe la posibilidad de su reabsorción o fraccionamiento en porciones pequeñas, a diferencia de si ocurre en el tercio proximal donde la posibilidad de avance del trombo por venas de mayor calibre, femoral e iliaca, pueden llevar el trombo a órganos importantes, corazón, pulmones y cerebro.

Destacamos la importancia de los antecedentes familiares como factor de riesgo para el desarrollo de las varices primarias. Si ambos padres las padecen el hijo tiene el 100% de riesgo de desarrollarlas.

Los diabéticos y los que reciben tratamiento con cortisona así como pacientes con enfermedades autoinmunitarias y sistémicas suelen presentar úlceras crónicas en los MMII.

En el embarazo el riesgo de trombosis venosa profunda es doce veces mayor en las pacientes con varices que en las sanas. No debemos contemplar las varices solo como un problema estético. Los estudios han demostrado que la tromboflebitis de una vena perforante insuficiente puede producir una trombosis venosa profunda.

El tratamiento de las úlceras de los MMII dura toda la vida y es fundamental la colaboración del paciente



Foto 1.



Foto 2.



Foto 3.



Foto 4.

en relación a los tratamientos autoadministrados y los basados en los vendajes.

El 75% de los pacientes con úlceras en MMII están en edad laboral y la ILT media de estos pacientes es de 2 meses al año. Además se suelen jubilar una media de 7.5 años antes de la edad correspondiente. Todo esto nos debe hacer reflexionar la gran carga económica y de recursos humanos que provoca a los países, traducido en cargas de trabajo para enfermería, de manera que como en un principio comentábamos, aunque no es una enfermedad grave que conlleve necesariamente a la muerte, la elección de un buen tratamiento facilitará un ahorro importante económico y de cargas de trabajo.

Centrándonos en las úlceras venosas, al hablar de heridas crónicas (H.C) debemos recordar las características que el exudado de estas tiene a diferencia de las heridas agudas (H.A).

En las H.A el proceso de cicatrización comprende una cascada de procesos de regeneración y fases diferenciadas que comienzan con la hemostasia, sigue con la fase de inflamación, la fase de proliferación y la fase de remodelación.

Este proceso es acelerado en todas las heridas agudas que cicatrizan por primera intención. No ocurre lo mismo en heridas agudas que cicatrizan por segunda intención y especialmente en las H.C. Diferentes estudios demuestran como las H.C se estancan en la fase inflamatoria del proceso de cicatrización, provocando un aumento del exudado

por el propio estado inflamatorio y especialmente en heridas con elevada carga bacteriana.

Existen diferencias entre los fluidos de H.C y de aquellas que cicatrizan con normalidad y se conocen como: disfunción celular y desequilibrio bioquímico. Diferentes estudios han demostrado unas características especiales en la composición del exudado de las H.C. como son la alteración del medio de las citoquinas pro-inflamatorias que están elevadas, manteniendo una respuesta inflamatoria crónica. Menores niveles de factor de crecimiento epidérmico, mayor concentración de factores de crecimiento transformante alfa y beta y del factor de crecimiento insulínico tipo 1. Descenso de la actividad mitogénica celular y diferencias de concentración de las metaloproteinasas de matriz y de sus inhibidores.

Todo esto nos lleva a la necesidad de mantener una gestión adecuada del exudado en las úlceras venosas crónicas de los miembros inferiores, que se conseguirá con mayor facilidad mediante una buena terapia compresiva y una adecuada elección del vendaje y de los apósitos que nos faciliten su gestión, evitando el contacto continuado del exudado tanto en el lecho ulceral como en la piel perilesional, manteniendo la humedad necesaria sin llegar a provocar el encharcamiento y la consiguiente maceración periulceral.

Los vendajes multicapa serán nuestra mejor arma para la terapia compresiva en las úlceras de miembros inferiores.



Foto 5.



Foto 6.



Foto 7.



Foto 8.

Material y método

Varón de 85 años sedentario, obesidad tipo II con hipoventilación, IMC: 38, HTA esencial, hiperuricemia, dislipemia, pulsos pedios positivos; quién presentaba una úlcera vascular venosa crónica recurrente en cara interna del tercio distal del MMII de 6 años de evolución, refractaria a gran cantidad de tratamientos tópicos.

Características del paciente:

Paciente poco colaborador, que no cumple medidas higiénico-dietéticas indicadas. No realiza ejercicios recomendados ni la elevación del miembro afecto en estado de reposo. Fuerte carácter que dificulta la intercomunicación incluso con sus propios familiares.

Diagnósticos NANDA y procedimientos NIC

- 1.1.2.1 desequilibrio nutricional: por exceso.
- 5614 enseñanza: dieta prescrita.
- 6.1.1.2 intolerancias a la actividad.
- 0200 promoción del ejercicio.
- 5.2.2.1 incumplimiento del tratamiento: hipertensión arterial, dislipemia, vasodilatadores periféricos.
- 5616 enseñanza: del medicamento prescrito.

Antes del inicio del tratamiento multicapa presenta lesiones periuclerales de 2º grado (escala FEDPALLA) (foto 1).

La terapia compresiva multicapa es un sistema de compresión desarrollado para proporcionar una compresión sostenida y gradual en el tratamiento

de la úlcera venosa y sus patologías asociadas. Es el tratamiento por compresión de larga duración para la mejoría hemodinámica y la reducción del edema.

Según la ley de Laplace, la presión ejercida sobre una estructura circular es directamente proporcional a la tensión externa aplicada e inversamente proporcional al radio de la curvatura de la estructura [$P = T/r$].

La presión aplicada es directamente proporcional a la tensión de un vendaje e inversamente proporcional al perímetro o circunferencia de la extremidad sobre la que se aplica (P aumenta al incrementar T, pero disminuye al aumentar R).

Se debe valorar las posibles contraindicaciones para este tratamiento, como son la neuropatía diabética (pérdida de la sensibilidad e incapacidad de percibir las molestias del vendaje), la vasculitis, la insuficiencia cardíaca aguda y la artritis reumatoide (deformidades en algunos casos imposibles de conformar).

En posición de decúbito supino del paciente entre 10-20 minutos con una inclinación del tronco del 30% y mediante doppler se realizó el cálculo el Índice Tobillo-Brazo (ITB) o Índice de YAO para descartar patología arterial o calcificación arterial diabética.

ITB = presión sistólica mayor pulso arterial pie / presión sistólica mayor pulso arterial brazo.

ITB = 0,8, el ideal para la terapia compresiva multicapa.



Foto 9.



Foto 10.



Foto 11.



Foto 12.

Bibliografía:

- M. Krüger, B. Klein. **Farbatlas ulcus cruris.** Hannover: Schulütersche, 1998.
- Jiménez Cossío JA. **Epidemiología de las enfermedades vasculares periféricas.** *Angiología* 1975; 27:97.
- Jiménez Cossío JA, et al. **Estudio epidemiológico de las varices en una población laboral de 512 individuos.** *Medicina Clínica* 1977; 69:415.
- Varela Injosa F. **Estudio epidemiológico vascular.** Análisis de 700 varones. *Incidencia de las varices.* *Angiología*, 5, 38:245-267. 1986.
- J. Marinello Roura. **Terapéutica de compresión en patología venosa y linfática.** Ed. Glosa 2005.
- J. Marinello Roura. **Úlceras de la extremidad inferior.** Ed. Glosa 2005.
- Stuart Enoch, MBBS, MRCSed, MRCS (Eng), Keith Harding, MB ChB, MRCCGP, FRCS. **Wound Bed Preparation: The Science Behind the Removal of Barriers to Healing.** *Wounds* 15(7):213-229, 2003. © 2003 Health Management Publications, Inc.
- www.enfermeria.org/ane-didic/ procedimientos/documentos/Protocolo protección piel perilesional/Escala valoración piel perilesional fedpalla.

Obtenido el ITB, se comprobó la forma del MMII (conformar el vendaje al MMII para compresión adecuada en gradiente decreciente), prominencias óseas, ausencia de infección y educación del paciente para el tratamiento.

Aplicación de la terapia compresiva multicapa

Protección de la piel perilesional con eosina acuosa al 2% y fórmula magistral de óxido de zinc y sulfato de cobre y glicerina en el resto del miembro. A continuación, aplicamos el material incluido en el kit del vendaje multicapa: primero, el apósito tipo Foam realizándole cortes verticales para permitir el paso del exudado no gestionado a la primera capa del vendaje evitando la maceración de la piel perilesional; posteriormente la 1ª capa o vendaje de almohadillado teniendo en cuenta las protuberancias óseas, protegiéndolas y conformando el MMII y por último la 2ª capa o vendaje de compresión, siempre controlando el indicador de presión que está impreso en la propia venda (foto 2, 3, 4 y 5).

La retirada del primer vendaje se realizó a los 3 días comprobando su tolerancia y al ser aceptada se realizaron cambios una vez por semana.

Resultados

A las 5 semanas del inicio del tratamiento se aprecia una clara reducción del tamaño de la úlcera (foto 6, 7, 8 y 9), cercana a la cicatrización en

la semana 7 (foto 10) y a las 11 semanas se obtuvo su total epitelización (foto 11).

La venda de compresión se mantuvo 2 semanas más para evitar cambios bruscos de presiones y posteriormente, se educó al paciente en el uso de media elástica de compresión, medida profiláctica necesaria de por vida como prevención ante la aparición de nuevas úlceras venosas (foto 12).

Se aconsejó la utilización de ácidos grasos hiperoxigenados en la cicatriz y crema hidratante en el resto de la pierna.

Conclusiones

La terapia compresiva multicapa disminuye el edema, dolor y exudado acortando el periodo de cicatrización y evidencia que es la primera elección de tratamiento de las úlceras venosas, mejorando la calidad de vida, al evitar las continuas curas y cambios de vendajes y el desplazamiento continuado del paciente al centro de salud o del profesional al domicilio.

Su uso por el profesional sanitario es de fácil manejo, reduce los tiempos de curación de las úlceras y las complicaciones de la IVC, lo que se traduce en una reducción de las cargas de trabajo y de los costes para el sistema sanitario.

Palabras clave:

- Terapia compresiva multicapa.
- Índice de YAO o ITB.
- Insuficiencia venosa Crónica.
- Úlcera venosa.

Úlcera por presión del descuido al cuidado



Foto 1.



Foto 2.



Foto 3-1.



Foto 3-2.

Este caso que presentamos no es sólo curioso como caso clínico, sino que también destaca por la atención clínica que se le ha prestado. Es un caso clínico centrado en la ausencia de cuidados necesarios para un paciente, un paciente especial con alzheimer en estado avanzado.

Queremos llamar la atención sobre los cuidados que prestamos en todos los niveles asistenciales: primaria, especializada, centros asistenciales de agudos y crónicos o residencias.

Muchas veces llegamos a encontrarnos pacientes con tal deficiencia de cuidados, que genera en los profesionales de la sanidad un debate sobre si valoramos correctamente a los pacientes o estamos frente a una cadena de producción de coches.

El hombre nace y muere pero debe morir dignamente, pero también debe ser atendido dignamente y tener una calidad de vida y cuidados adecuados.

Los pacientes son personas y, como tal, tienen desde su nacimiento esa dignidad, en consecuencia todo enfermo debe ser tratado lo mejor posible y con todos los cuidados que necesite. Entonces, ¿por qué ese descuido y dejadez? ¿Puede ser por motivación económica, falta de formación, inexistencia de ética profesional, no hay material, rutina en procedimientos, falta de instrumentos de valoración y diagnóstico para atender con calidad, eficacia y eficiencia...?

Hablamos de úlceras por presión, y todos sabemos y hablamos de las causas, que en un 95% son evitables. Pero la realidad es que el concepto o filosofía de Enfermería, la cual es la de CUIDAR, no es asumido en muchas ocasiones.

Nos encontramos con pacientes con miasis (foto 1) o pacientes jóvenes de unos 45 años, sobre los que con mal gusto oímos decir algunas veces *"tengo unas úlceras con un paciente"* (foto 2).

Palomar Llatas F.
Agrupación Clínica,
Universidad Católica de
Valencia "San Vicente Mártir".

**Albert Sanchis P.
y Asencio Muñoz C.**
Agrupación Clínica.

Castellano Rloja E.
Universidad Católica de
Valencia "San Vicente Mártir".

Correspondencia:
fedpalla@telefonica.net



Foto 4-1.



Foto 4-3.



Foto 4-2.



Foto 7-1.



Foto 5.



Foto 6.



Foto 7-2.

Caso clínico

El caso que presentamos es una paciente mujer de 80 años, diagnosticada de Alzheimer desde hace 15 años y que se encuentra en estado crítico desde los últimos 11 años. No diabetes ni patologías coadyuvantes, estado hemodinámico satisfactorio y dentro de la normalidad.

El cuidador principal es su esposo con 83 años. La paciente es trasladada todos los días a las 9 de la mañana a un centro de día y a las 6 de la tarde regresa a su domicilio.

Además, es portadora de una sonda nasogástrica para su alimentación a base de triturados sin ningún control calórico ni proteico, posición fetal, no control de esfínteres y caquética. Nivel Riesgo UPP Northon: Alto: 5

Presenta dos úlceras por presión: en sacro y en trocánter derecho con un punto de necrosis en la parte superior de las úlceras (foto 3), el resto de la lesión presenta tejido de granulación. El esfínter se encuentra en un grado I por humedad debido a colitis continua. La piel perilesional, según la escala de valoración FEDPALLA, está en el grado I (muy bueno).

Pauta general

Se aconseja levantarla de la cama y sentarla en sillón retirando el flotador lateral colocado en la silla y punto de apoyo del trocánter, cambios posturales tanto en el periodo de estar en cama como en el sillón, lavados e hidratación de la piel, así como un complemento alimenticio proteico con arginina. Se recomienda poner en las zonas de riesgo ácidos grasos hiperoxigenados y protección en codos y talones. Se pauta cuidados para el centro de día, al que es trasladada diariamente.

Pauta tópica

SACRO Y TROCANTER derecho: Se realiza desbridamiento cortante de necrosis, previa desinfección de las lesiones con clorhexidina, lavado con suero fisiológico, se aplica posteriormente hidrogel y apósito secundario de espuma con adhesivo.

A los 20 días nos es remitida por los familiares, presentando un empeoramiento con lesiones necrosadas y cavitadas, en sacro, isquion, pabellón auricular y trocánter (fotos 4). Los cambios posturales no se le han realizado y viene de la residencia durante todo el día, donde no se le ha cambiado el pañal, presentando una dermatitis del pañal que le afecta a toda la región púbica y parte de muslos ya que la paciente presentaba una colitis y el pañal tenía fugas (foto 5).

Con este dilema de la falta de cuidados y de no ser curada durante el día se le recomienda al marido que no asista a la residencia de día y tener una persona (cuidadora) en casa, acepta la propuesta por el marido, pautamos los cuidados y reiniciamos las curas tópicas:

Se realizan desbridamientos cortantes de las necrosis (foto 6), previa desinfección de las lesiones con clorhexidina, lavado con suero fisiológico. En úlceras cavitadas se mechan con hidrofibra de hidrocoloide Ag y en úlceras más superficiales apósitos de espuma de plata, por el riesgo de un aumento de la carga bacteriana (fotos 7). En zona perianal e ingles crema barrera de óxido de zinc y sulfato de cobre (foto 8). Se hace hincapié en los cambios posturales. Cultivo positivo pseudomona y E. Coli, sensibles a ampicilina y ciprofloxacino, se pauta el antibiótico por su médico de cabecera.

A los 3 meses del tratamiento tópico la paciente está muy bien, las úlceras casi están cicatrizadas, incluso el estado general de la paciente es mejor desde que lleva colocada una sonda Peg y sus cuidados son con fomentos de clorhexidina en el punto de entrada para evitar infecciones. La cuidadora y esposo cumplen la pauta de los cuidados.



Foto 8.



Asociaciones de pacientes

SEGUNDA PARTE

Continuando con la difusión de movimientos asociativos de pacientes y familiares, y en la línea de los destacados en el número anterior, tenemos:

1. Asociación de Pacientes y

Familiares de Dermatitis Atópica (ADEA):

Nace como respuesta a la problemática que se deriva del aumento de la Dermatitis Atópica, dolencia crónica que, si bien no puede considerarse grave, si provoca gran cantidad de trastornos y molestias en los pacientes afectados, tales como prurito, problemas de sueño y alteraciones psicológicas, pudiendo derivar en incapacidad temporal en aquellos casos más severos ^(imagen 1); se trata de una asociación sin ánimo de lucro cuyo fin es ayudar e informar a pacientes y familiares (principalmente de población infantil) de las novedades relacionadas con tratamientos y cuidados específicos y en general promoviendo su conocimiento a nivel individual, clínico y social, al tiempo que promueve estudios de investigación sobre incidencia, causas, evolución, terapias y consecuencias de la enfermedad; para conocer más, podéis visitar su Web: <http://www.adeaweb.org> en donde dispone de secciones como Testimonios, Imágenes, Actividades, Consulta con el Experto... e incluso un Foro de debate.

2. Asociación de

Pacientes de Vitíligo (ASPAVIT) ^(imagen 2):

Esta asociación, también sin ánimo de lucro, pretende ser un lugar de encuentro para los pacientes con vitíligo, y dispone de gran cantidad de información sobre tratamientos, avances médicos, métodos de maquillaje... ofreciendo además un buen número de recomendaciones prácticas y servicios específicos.

Sus principales objetivos son apoyar, informar y asesorar a pacientes, conseguir que el Vití-

ligo sea considerado a todos los niveles como enfermedad crónica y no como cuestión de estética, incluir los tratamientos (tópicos, sistémicos o misceláneos) en las prestaciones básicas de las Aseguradoras y concienciar y sensibilizar a la Sociedad sobre su problemática. De su Web, <http://www.aspavit.com> destaca sobre todo una completa y útil relación de enlaces a otras asociaciones y grupos.

3. Asociación

Española de Ictiosis (ASIC) ^(imagen 3):

Asociación de ámbito nacional sin ánimo de lucro, que pretende unir a todos los afectados de Ictiosis para aunar esfuerzos en un mejor tratamiento de la enfermedad. Pretende mejorar la calidad de vida de los pacientes, ofrecer información clínica actualizada, favorecer la integración escolar, social y laboral de los pacientes, facilitar apoyo psicológico, y realizar diversas actividades divulgativas resaltando especialmente la inexistencia de riesgo de contagio de la misma. También ayudar en la gestión de ayudas y recursos y promover el estudio e investigación de la enfermedad. Su página Web <http://www.ictiosis.org> es de las más completas, destacando especialmente la sección donde se recoge y publica su propia revista "ICTIOSIS", así como un foro y un Chat específicos y las secciones de información y divulgación: "Guía para padres", "Guía para niños" y "Guía para adultos".

4. Asociación de

diabéticos de Ferrolterra ^(imagen 4):

Para finalizar, presentamos una asociación también sin ánimo de lucro, pero de ámbito de actuación autonómico (Galicia), que trabaja para mejorar la calidad de vida de los enfermos de diabetes, con numerosas iniciativas relacionadas con la Educación para la Salud,

Luis Arantón Areosa.
Enfermero. Máster en
Deterioro de la Integridad
Cutánea, Úlceras y Heridas.
Supervisor de Calidad.
Área Sanitaria de Ferrol
(A Coruña).

Correspondencia:
luaranton@gmail.com



Imagen 1: <http://www.adeaweb.org>



Imagen 2: <http://www.aspavit.com>



Imagen 3: <http://www.ictiosis.org>



Imagen 4: <http://www.diabeticosferrolterra.org>

que pretenden INFORMAR Y ORIENTAR al paciente diabético, SENSIBILIZAR e informar a la población general y CONCIENCIAR a las autoridades sanitarias y sociales sobre la prevención y cuidado de la diabetes. Para ello proporcionan entre otras cosas, atención en personalizada en su sede social, realizan convenios con ópticas, ortopedias..., proporcionan material específico para el control de la enfermedad, realizan charlas coloquio y conferencias (campañas de sensibilización o de detección precoz de la enfermedad), distribuyen la revista "Diabetes" y realizan actividades tan atractivas como Aulas de Educación Dietética, Aulas de Educación Diabetológica y Jornadas de convivencia con jóvenes, niños o familias. Disponen a su vez de un Programa de Turismo de salud y proporcionan atención podológica gratuita a sus asociados, a través de un acuerdo con la Escuela de Enfermería y Podología de Ferrol. Podéis visitar su página Web en: <http://www.diabeticosferrolterra.org>

Sin duda una muestra más de un gran número de asociaciones, grupos y colectivos que desarrollan una labor importantísima, muchas veces poco reconocida oficialmente, pero valiosísima para los pacientes. Desde aquí queremos felicitarlas a todas ellas y a otras muchas que por razones de espacio, se han quedado en el tintero, como reconocimiento a su esfuerzo y dedicación. Espero, que la sección haya despertado vuestro interés. Agradecería, como siempre, que me hicierais llegar sugerencias sobre nuevos contenidos que os gustaría que se abordasen en Derm@red (luaranton@gmail.com). Gracias por estar ahí.

Protocolo aplicación bleopuntura



Protocolo aplicación bleopuntura.

Es la aplicación de micropunturas o la infiltración intralesional a los papiloma virus o verrugas víricas rebeldes a otros tratamientos con bleomicina un polipéptido citostático.

Objetivos:

- La inhibición del ADN de tejido contaminado por el papiloma virus.
- Necrosis delimitada del tejido afecto por el papiloma virus.

Equipo:

- Bleomicina ® en polvo liofilizado.
- 10 cc. de agua destilada + anestésico local.

Material:

- Bisturí nº 15.
- Guantes estériles.
- Gasa estériles.
- Solución antiséptica de Clorexidina.
- Jeringa y aguja de insulina, donde está bien marcadas las décimas.
- Esparadrapo hipoalérgico.

Procedimiento:

- Información al paciente.
- Consentimiento informado.
- Preparación de la solución.
- Limpieza de la zona con solución antiséptica de clorexidina.

- Decapado de la hiperqueratosis existente sobre la verruga y su alrededor.
- Dejar expuestos los vasos trombosados.
- Practicar solamente las micropunciones sobre la verruga y dejar sangrar.
- Retirar la sangre de la pequeña hemorragia con una gasa haciendo un ligero raspado y decantar sobre la lesión 1 ó 2 microgotas (1'5 U).
- Repetir con la Bleomicina ® decantada en el lecho, las micropunciones.
- Dejar en reposo unos 30" y retirar restos.
- Tapar con un apósito de celulosa o gasa estéril.
- A los 10-15 días aparece una pequeña necrosis que puede retirarse con el decapado por planos con el bisturí.

Observaciones:

- Una vez preparada la solución de Bleomicina ®, puede almacenarse la restante en refrigeración un período máximo de 30 días.
- Tras la punción puede observarse un ligero edema perilesional.
- Si se practica la infiltración intralesional:
 - El edema es más acentuado, urticaria, enfermedad de Raynaud.
- Contraindicada en hipersensibilidad a la bleomicina, embarazadas, insuficiencia renal y tiene incompatibilidad con cisplatino, fenitoína, digoxina.