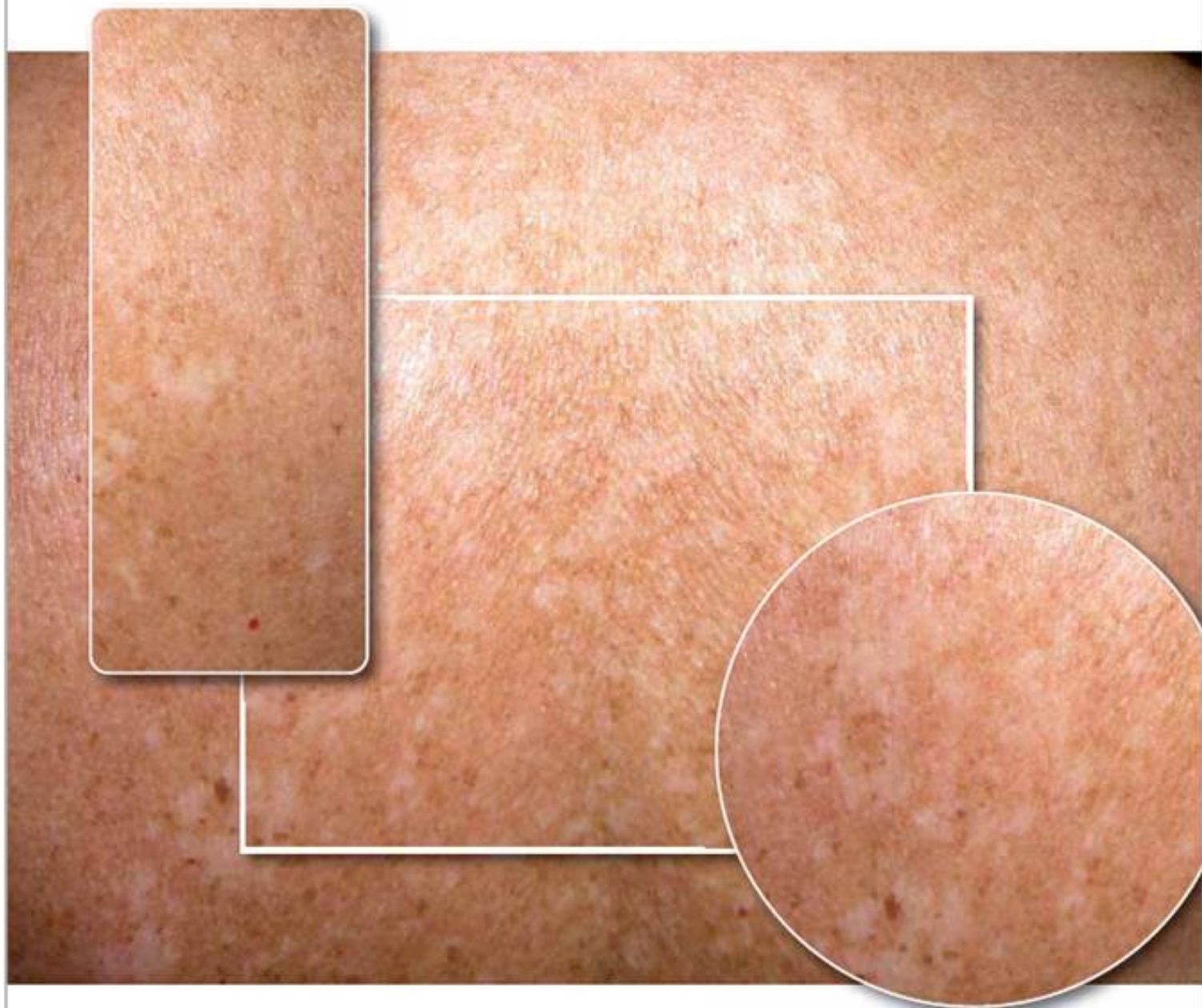


ENFERMERÍA
dermatológica
ANEDIDIC
www.anedidic.org



número **06**
año 3 • enero-abril 2009

Somatizaciones cutáneas

La piel funciona como un gran escaparate de las emociones.

“La piel puede ser circunstancialmente un indicador visible del estado anímico de una persona. La cara se ruboriza por vergüenza, júbilo o estrés y palidece con la ira y el pánico. La humedad manifiesta de las manos cuando las estrechamos es un signo, que al igual que los otros, denota ansiedad” según María José Tribó Boixareu de la unidad de psicodermatología del hospital del Mar en Barcelona.

Aunque son muy pocos los pacientes que acuden al dermatólogo por una posible etiopatogenia psiquiátrica de su dermatosis, si son muchos los que señalan la influencia que ejercen los acontecimientos estresantes en la evolución de sus lesiones cutáneas.¹

Palabras clave: estrés, alteraciones psicológicas y psiquiátricas, calidad de vida, psicodermatología y dermatopatías.

Introducción

El estrés produce una serie de modificaciones endocrinas e inmunológicas alterando la capacidad homeostática del organismo y disminuyendo el umbral de aparición de enfermedad en sujetos con alta vulnerabilidad. El estrés psicosocial afecta a la disponibilidad de neurotransmisores y neuropéptidos muchos de ellos comunes para la piel y el sistema nervioso central por el idéntico origen ectodérmico de ambas estructuras.²

Somatizar como:

Transformar problemas psíquicos en síntomas orgánicos de manera involuntaria.

Las **somatizaciones cutáneas:**

Son las patologías cutáneas que vienen producidas o favorecidas por algún factor psicológico y la influencia en ambos del ambiente. El juicio de que los factores psicológicos están afectando a la enfermedad física requiere que exista una relación temporal entre los estímulos ambientales favorecedores y la iniciación o exacerbación de la enfermedad física.³ No debemos confundir las enfermedades dermatológicas, en las que los trastornos emocionales actúan como facilitadores de la aparición, recaídas y persistencia de las mismas como (Acné, Psoriasis,

Alopecia Areata, Eccema, etc.) de las dermatopatías secundarias a trastornos psíquicos (Excoriaciones Neuróticas, Dermatitis Artefacta, Tricotilomanía, Parasitofobia, etc) ya que, aunque el resultado final en ambas situaciones sea la enfermedad o lesiones de la piel, y por tanto el motivo de consulta al dermatólogo, el enfoque terapéutico será distinto.

La **Psicodermatología** se ocupa del estudio de los pacientes que consultan al dermatólogo y cuyo proceso cutáneo tiene asociado un componente psicológico o psiquiátrico.⁴

Es pues, una disciplina de transición entre las dos especialidades, que se ocupa de estudiar la influencia del estrés psicosocial en las reanudaciones o cronificación de diversas enfermedades dermatológicas, así como de analizar también la comorbilidad psiquiátrica existente en numerosas dermatosis.

Recientemente se ha desarrollado una nueva disciplina, la **Psiconeuroinmunología** que estudia la relación existente entre los factores psicológicos, los hormonales, y los inmunológicos.

Material y métodos

Este trabajo consiste en la elaboración de un resumen más o menos extenso, y de una forma global, en el que se quiere, dar a conocer, la influencia que ejerce el estrés y otros factores psicosociales, en ciertas enfermedades dermatológicas, así como, la influencia de estas enfermedades en la salud mental del individuo que las padece.

1. Breve Historia

La piel es un órgano particular, visible y privilegiado para la vida de relación y afectiva, por lo que sus conexiones con el psiquismo son antiguas y numerosas, aunque complejas. El primer caso documentado de enfermedad psicocutánea se sitúa en el año 1200 a.c., cuando el médico del príncipe de Persia pensó que la psoriasis de su paciente era causada por la ansiedad que al joven le producía tener que heredar el trono.¹⁻⁵

En EE.UU. se usa el termino medicina psicocutánea de Maximilian Obermayer, mientras, en los Países Bajos, sobre todo, y en otras zonas de Europa y América del Norte, se usa el termino psicodermatología de Herman Mussaph.



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

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 75 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

2. Ideas en las que se basa la psicodermatología

- El cuerpo (soma) y la mente (psique) constituyen una unidad singular, aunque, durante mucho tiempo y sobre todo en medicina occidental se hayan tratado por separado. Los somacistas, usaban metodologías “científicas” en unos cuerpos aparentemente sin mente y los psiquiatras y psicólogos recurrían a las ciencias “humanas” en mentes aparentemente incorpóreas.
- La piel que envuelve el cuerpo constituye frontera y punto de contacto con el mundo exterior y funciona a la vez como receptor y emisor.
- Se ha observado que ciertas funciones somáticas y ciertas enfermedades dermatológicas, están influidas, desencadenadas o causadas por factores que pertenecen a la esfera psíquica, por el contrario muchas enfermedades dermatológicas sobre todo las más visibles e inestéticas influyen en la homeostasis psíquica.

De entre los pacientes que acuden a la consulta dermatológica, el 30-40% tienen asociados un componente psicológico o psiquiátrico a su proceso cutáneo. En la mayoría de las veces, las alteraciones psiquiátricas, que se encuentran en estos pacientes son: ansiedad, estado depresivo, aunque a veces podemos encontrar conductas obsesivas.

La ansiedad puede afectar al paciente de una forma más o menos intensa y este puede ser consciente o no de su estado ansioso, pero cuando se trata de trastornos depresivos, suelen ser enmascarados, ya que el síntoma principal de la depresión, la tristeza, está ausente en ellos. Existen numerosos motivos en la actitud del paciente, que nos pueden hacer sospechar que la dermatosis banal por la que consulta sea considerada como enfermedad psicodermatológica.

3. Motivos de sospecha de alteración psiquiátrica.

Por el aspecto general externo y el comportamiento del paciente (datos no verbales).

Entra en la consulta sin mirar al médico a la cara, adopta una postura de abatimiento, con hombros caídos, lleva preparada la exposición de sus molestias y muestra prisa en exponerlas y siempre que el enfermo llame la atención del médico, por el motivo que sea, distinguiéndolo de los demás pacientes.

Exposición de sus molestias.

Describe los síntomas en forma de queja y con un tono exagerado o exacerbado. Expone sus dolencias guiado

InfoSalvat
900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad



Foto 1. Psoriasis.

por una lista donde las ha anotado previamente. Cuando consulta por una alopecia, y, acude con un puñado de cabellos en una bolsa, que dice le han caído en el último lavado de cabeza y, siempre que utiliza “estoy harto” o “fatal” a la pregunta ¿Cómo se encuentra?.⁶

Hay que tener en cuenta que estos pacientes acuden al dermatólogo porque se sienten enfermos de la piel y no va a ser fácil remitirlos al servicio de psiquiatría, con lo cual el dermatólogo deberá estar hábil en el manejo de los psicofármacos, y evitar así el abandono del tratamiento por parte del paciente.

Clasificación de los trastornos psicodermatológicos

- **Trastornos psicopatológicos:** La esfera psíquica está implicada en su patología entre otras múltiples causas. Existe una relación mente-piel: Alopecia Areata, Psoriasis, Neurodermatitis, Dermatitis Seborreica.
- **Trastornos psiquiátricos primarios:** La enfermedad psiquiátrica es la primaria, que se manifiesta con signos o síntomas cutáneos: Delirio de parasitosis, Dermatitis artefacta o facticia, Glosodinia, Tricotolomanía.
- **Trastornos psiquiátricos secundarios:** La enfermedad dermatológica es el desencadenante primario de una repercusión psicológica. Aquí la relación va piel-mente: Vitíligo, Alopecia Areata, Psoriasis, y Acné.⁷

En la Alopecia Areata y en la psoriasis, la alteración psicológica es a la vez causa y consecuencia de la enfermedad, por lo que a veces resulta difícil separar uno de otro aspecto.

Afecciones cutáneas con una elevada incidencia de factores psicoemocionales o trastornos psicofisiológicos

1. Alopecia Areata:

Es una enfermedad autoinmune, en la que los folículos pilosos son destruidos por los linfocitos⁸. De etiología multifactorial. Consiste en la pérdida rápida del pelo en una o varias placas redondeadas u ovales, generalmente en el cuello cabelludo, cejas o barba. En ocasiones puede verse afectada la totalidad del cuero cabelludo (alopecia total) o bien la alopecia puede afectar a todo el cuerpo, (alopecia universal).

Aunque existe mucha controversia, en cuanto a si el estrés o situaciones estresantes, o, personalidades tendentes a la depresión, o, con una respuesta inapropiada al estrés puedan ocasionar un episodio agudo o recidiva de la AA, si parece haber acuerdo en cuanto a la aparición de la Alopecia Areata, tras un acontecimiento estresante como, defunción, separación, miedo a la muerte, etc.

Hay trabajos en los que se observan elevadas tasas de alopecia en poblaciones que han sufrido una guerra o un atentado terrorista.



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

La Alopecia Areata, es más grave cuanto más joven es la persona que la padece, reconociéndose que en estos pacientes los factores psicopatológicos (estrés, tensiones familiares y/o nerviosismo) se encuentran con más frecuencia que en el curso de las AA que debutan pasados los 16 años de edad.

Se aconseja no culpabilizar a los pacientes, escucharlos con atención para facilitarles un buen apoyo psicológico. Como la influencia del estrés es muy probable, será aconsejable la instauración de una terapia psicológica o psiquiátrica, sobre todo en aquellos pacientes resistentes a los tratamientos habituales que de una u otra forma hayan presentado un estrés con anterioridad a la aparición de una Alopecia Areata.

2. Psoriasis:

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, que muestra una aceleración importante del recambio celular, no contagioso, que produce lesiones escamosas, engrosadas e inflamadas, con una amplia variabilidad clínica y evolutiva. Cursa con brotes, de periodos variables en los que el paciente está mejor, junto con periodos bruscos de empeoramiento.^{9 (foto 1)}

La psiconeuroinmunología, pretende explicar la correlación que existe entre el estrés y la psoriasis. Existen numerosos hallazgos que concuerdan con la hipótesis de que los efectos del estrés sobre la evolución y el pronóstico de la psoriasis se deben a una modulación neuroendocrina de la función inmunitaria, y que la sustancia P y otros neuropéptidos liberados por las fibras nerviosas de la dermis y la epidermis son muy importantes en la patogenia de la psoriasis. Por supuesto, el estrés también puede influir indirectamente en el sistema inmunitario: una persona estresada puede alimentarse y dormir peor, o ser más propenso a ingerir sustancias como el alcohol, con la consiguiente merma en su resistencia.¹⁰

El estrés desempeña un papel muy importante en el comienzo y desarrollo de la psoriasis, llegando a estar presente en el 90% de los pacientes. El tiempo transcurrido entre la crisis de estrés y la exacerbación de la psoriasis suele ser inferior a un mes, y en dos tercios de los pacientes se reduce a menos de dos semanas.

Estos pacientes tienen alterados una serie de elementos y factores que intervienen en la calidad de vida, que van desde factores físicos, impacto psicológico y social, repercusiones sexuales y repercusiones laborales.

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, Nitrofurural (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. Piodermitis. 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 nitrofurural, 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 **S**alvat
900 80 50 80
infosalvat@salvatbiotech.com

S
SALVAT
innovación y calidad



Foto 2. Dermatitis seborreica.

Bibliografía:

- 1 Tribó Boixareu, M.J. Razones de ser y utilidad de la psicodermatología. *Piel* 2006; 21:51-3.
- 2 Gracia, M.J. y Ruiz, S. Estrés, calidad de vida y psoriasis: estado actual. *Psiquiatr Biol.* 2001;08:141-5
- 3 Castellano Rioja, E. Unidad didáctica V Bloque psicología 2ª parte. Master Deterioro Integridad Cutánea Úlceras y Heridas.
- 4 García Hernández, M.J. y Ruiz Redondo, S. Suicidio y Dermatología. *Actas Dermosifiliogr.* 1999;90:411-5
- 5 Miguel Aizpún Pozán. *Dermatología y Psiquiatría.* La Rioja.com.22/09/2008 <http://www.larioja.com/20080325/sociedad/dermatologia-psiquiatria-20080325.html>
- 6 Grimait, T.; Cotterill, J.A y cols. *Dermatología y Psiquiatría. Historias clínicas comentadas.* Madrid. Aula Médica Ediciones 2002: 20-38
- 7 Romani de Grabel, J. y Chesa Veila, D. *Psicodermatología en atención primaria.* *Piel* 2005;20(6):282-9
- 8 Grimait, T.; Cotterill, J.A y cols. *Dermatología y Psiquiatría. Historias clínicas comentadas.* Madrid. Aula Médica Ediciones 2002: Aspectos psicológicos de la Alopecia Areata. R.Grimait.277.82
- 9 Tribó Boixareu, M.J. La influencia psicósomática en la etiopatogenia de la psoriasis. <http://www.actualidaddermatol.com/art11104.pdf>

3. Neurodermatitis:

También denominada neurodermitis circunscrita o liquen simplex. Constituyen un tipo de respuesta cutánea a un rascado enérgico y repetido. El síntoma predominante y que aparece primero es el prurito en la piel sana. El paciente se rasca hasta hacerse daño.¹¹

Aparece en sujetos afectados de alguna tensión emocional, de sentimientos inaceptables por el mismo paciente, que intentan disminuir como "actividad derivada" rascándose de manera violenta.

En la mayor parte de los casos, se puede identificar una tensión emocional que deriva en una sensación pruriginosa localizada, perpetuada por el rascado. El alivio transitorio del prurito mediante el rascado, provoca una sensación agradable que mitiga temporalmente la tensión emocional.

4. Dermatitis seborreica

"Atopía" es un termino descriptivo que significa "enfermedad extraña". Se define como una hipersensibilidad familiar de la piel y las mucosas a determinados agentes ambientales, que se acompaña de un aumento en la producción de IgE o una alteración de la reactividad.¹²

La Dermatitis seborreica en los adultos es una dermatopatía eczematosa inflamatoria. Se manifiesta en forma de placas eritematosas y descamativas de bordes claramente delimitados en zonas ricas en glándulas sebáceas de la cara (cejas, párpados, barba y pliegues nasolabiales). También

pueden aparecer en la zona preesternal, axilas, ingles, genitales y ombligo.

Factores psicológicos: en las formas infantiles al igual que en la dermatitis atópica, la dermatitis seborreica puede mermar considerablemente la calidad de vida del niño y su familia. En las formas adultas las dermatitis seborreicas tienen una evolución crónica, y es posible la complicación por infecciones secundarias.

Para el paciente, la dermatitis seborreica constituye un factor estresante crónico que provoca molestias e inconvenientes físicos, así como consecuencias negativas sobre la vida personal, social y las actividades diarias. (foto 2)

Enfermedades con afectación cutánea de origen psiquiátrico

1. Delirio de parasitosis

También llamado Síndrome de Ekbon. Es la creencia falsa de estar infestados por parásitos¹³. El paciente cree estar infestado por insectos que le provocan sensaciones en la piel, y supuestas lesiones que se provoca el mismo por manipulación.

Aunque excepcional, su aparición en la consulta de dermatología es siempre un hecho perturbador por la dificultad que supone el manejo de estos pacientes.

Estos pacientes, pueden presentarse en la consulta con restos de piel, costras o pelos metidos en sobres o pequeñas cajas (signo de la caja de cerillas), solicitando encarecidamente un análisis.



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

SKIN
FOAM

*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

La presentación típica del cuadro, es el de una mujer de edad media, que acude al dermatólogo porque dice estar infectada por algún tipo de parásito, que ocasionalmente ve y generalmente siente, descrito como larva, gusano, pulga, hongo, etc., o, simplemente como un pequeño organismo. Dicha creencia es irreductible a pesar de que el profesional descarte tal infección.

El paciente describe los parásitos como difíciles de localizar y de combatir, de gran vivacidad y movilidad. Puede apreciarse en ellos, lesiones graves de rascado, excoりaciones e incluso excavaciones en busca del parásito que, generalmente son asimétricas en función del miembro dominante y en zonas de fácil acceso. Pueden aparecer también lesiones abrasivas debidas al empleo de pesticidas o detergentes en un intento de eliminar la infestación.

Puede ser que hayan acudido a distintas consultas, de distintas especialidades en busca de soluciones nuevas ya que las anteriores consultas no han sido satisfactorias para ellos, pueden mostrarse quejosos ante la incompetencia médica para matar al parásito, lo que les lleva a adoptar remedios y actitudes totalmente desmedidas como inundar o quemar sus casas para eliminar así a los molestos parásitos.

En cuanto al tratamiento, una vez descartados otros trastornos psicóticos (esquizofrenia, drogodependencia), causas orgánicas como (déficit de vitamina B12 y ácido fólico, enfermedad cerebro-vascular, presencia de tumores etc.) o una posible infestación real de la piel, labor difícil será introducir la medicación antipsicótica sin levantar sospechas en el paciente, ganar su confianza para derivarlo a consulta psiquiátrica, argumentando que le van a ayudar a reducir la ansiedad y a evitar centrar su atención a los síntomas cutáneos.

2. Dermatitis artefacta o facticia

La dermatitis artefacta o facticia y las excoりaciones neuróticas, engloban diferentes trastornos caracterizados por la autoprovocación de lesiones en la piel.

El engaño es un elemento cardinal en las formas anormales del enfermar orgánico, cuyo espectro clínico incluye condiciones clínicas como la somatización, la conversión, el trastorno facticio y la simulación. El engaño puede ser consciente o inconsciente y la falsificación semiológica puede ser intencionada o no. En el caso de trastornos por somatización o conversión, encontramos una motivación inconsciente y una formación de síntomas no intencionada; en cambio, tanto en

Info  **Salvat**

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com


SALVAT
innovación y calidad



Foto 3. Quemadura por ácido.



Foto 4. Lesiones por autorascado.

Bibliografía: continuación

- 10 Grimalt, T.; Cotterill, J.A y cols. **Dermatología y Psiquiatría. Historias clínicas comentadas.** Madrid. Aula Médica Ediciones 2002. J.Y.M.Koo, C.S. Lee y P.Lin. Psicopatología de los enfermos con psoriasis. 253-62
- 11 Grimalt, T.; Cotterill, J.A y cols. **Dermatología y Psiquiatría. Historias clínicas comentadas.** Madrid. Aula Médica Ediciones 2002. Grimalt.F. Prurito Psicógeno, Prurigo, Neurodermatitis Circunscrita. Prurito Anal y Vulvar. 189-98
- 12 Rodríguez Pichardo, A.; Moreno Ramírez, D.; Sotillo, L.; Mazuecos, J. y Camacho, F. **Miscelánea.** Actas Dermosifiliogr 2001;92(53)51-144
- 13 Madoz-Gurpide, A. y García Pesa, E. **Delirio parasitario dermatozolco.** Med.Clin (Barc) 2004;123:66-9
- 14 Hasson, A.; Valdés, R. y Umaña, R. **Manifestaciones cutáneas del trastorno facticio y de la simulación.** Piel 2001;16:506-10
- 15 Tribó Boixareu, M.J. **Las clínicas se curan en un 75% de los pacientes** http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas_de_salud/2007/09/03/165711.php. 22/09/2008
- 16 Grimalt, T.; Cotterill, J.A y cols. **Dermatología y Psiquiatría. Historias clínicas comentadas.** Madrid. Aula Médica Ediciones 2002. Rodríguez Pichardo, A. Tricotilomanía. 203-9
- 17 Luque, A. **Acné vulgar. Clasificación y tratamiento.** OFFARM vol. 24 n°4 Septiembre 2005 77-2

el trastorno facticio como en la simulación, la producción del engaño es consciente y se diferencia por el tipo de motivación o ganancia secundaria.¹⁴ Las dermatosis producidas de forma consciente ocupan un lugar de vital importancia por las consecuencias negativas que tienen para quien la infringe y su entorno social. (fotos 3 y 4)

Se distinguen principalmente por su psicopatología de base. En las excoriaciones nerviosas suele haber depresión o ansiedad, mientras que en las dermatitis facticias puede haber un psicopatología más profunda, como un trastorno de personalidad o, un trastorno obsesivo-compulsivo.

Las lesiones son tan variadas, como los métodos ideados para crearlas, que incluyen picotear, agujerear o pellizcar, aplicar productos químicos, quemar, escaldar, estrangular con elásticos, inyectar materiales contaminados como leche, orina o tinta. Es importante tener en cuenta que la dermatitis artefacta es la expresión somática de un padecimiento mental extremadamente grave, desconocido por el paciente que subyace profundamente.

Ante el reconocimiento de una lesión autoprovocada, habrá que hacer un diagnóstico del tipo de alteración a la que se enfrenta el dermatólogo, que deberá trabajarse la derivación al psiquiatra para realizar una valoración psicopatológica en profundidad.

3. Glosodinas

También denominadas orodinas porque el dolor no siempre se localiza en la lengua si no en toda la cavidad bucal.

Las dinias, término que significa dolor son enfermedades poco conocidas que afectan a las mucosas bucal o genital de hombres y mujeres y que provocan intenso dolor o sensación de quemazón, incidiendo gravemente en la calidad de vida de los afectados, sin causa conocida ni tampoco lesiones visibles que expliquen los síntomas.¹⁵

No se sabe cual es el origen de esta enfermedad, aunque se la relaciona con problemas emocionales, psicológicos y psiquiátricos.

4. Tricotilomania

Es un trastorno que consiste en el arrancamiento del pelo de una forma inconsciente.¹⁶

En la mayoría de casos de tricotilomanía diagnosticados en niños, no hay una psicopatología asociada grave, si no una leve ansiedad producto de situaciones como el nacimiento de un hermano o la excesiva exigencia de la madre.

El arrancamiento del pelo actúa como un mecanismo sencillo de alivio de la tensión emocional.

Puede afectar a cuero cabelludo, cejas, pestañas o vello púbico. Las placas de alopecia tienen un aspecto artificial de bordes imprecisos, o bien, lineales, pudiendo adoptar diversas formas y tamaños. En el interior de las placas se observan pelos rotos de distintas longitudes. Es el dato que caracteriza a este tipo de alopecia. El cuero cabelludo tiene un aspecto normal. Tricotilomanía con afectación en cejas. (foto 5)

La tricotilomanía en niños, suele ser un trastorno benigno y transitorio, que responden bien a una psicoterapia sencilla, o la transferencia del hábito (por ejemplo), a un muñeco de peluche.

Trastornos psiquiátricos secundarios de enfermedades dermatológicas

Destaca principalmente el Acné, que es un desorden de la unidad pilosebácea que se traduce en una mayor producción de sebo por aumento de la actividad de las glándulas sebáceas. Dependiendo de que se produzca o no la obstrucción del conducto folicular, se establecerán las lesiones elementales y todas sus posibles variantes.¹⁷

El Acné provoca un impacto psicológico importante en el paciente, debido a que aparece en la cara (zona más visible), durante la pubertad y adolescencia (que es un periodo delicado de la maduración emocional y sexual) y porque puede ir asociado a otras manifestaciones del síndrome SAHA (seborrea, acné, hirsutismo y alopecia). Las manifestaciones van desde un rechazo de ciertas situaciones socio-profesionales o afestivas, estado depresivo, aisla-



Foto 5. Tricotilomania.

miento social, relaciones emocionales conflictivas, fracaso escolar, e incluso ideas de suicidio. De hecho se considera grupo de riesgo dentro de las enfermedades dermatológicas, junto con la psoriasis, y con cualquier enfermedad dermatológica de larga evolución, altamente inestéticas o invalidantes.

Discusión y conclusiones

- Entre el 30-40% de pacientes que acuden a una consulta dermatológica, tienen asociado un componente psicológico o psiquiátrico a su proceso cutáneo, ya como causa o consecuencia. En general, todas las alteraciones cutáneas de curso crónico limitantes o altamente inestéticas.
- Las principales alteraciones psiquiátricas que nos encontramos en estos pacientes son: ansiedad, estado depresivo y conductas obsesivas.
- En los trastornos por somatización, nos encontramos una motivación inconsciente y una formación de síntomas no intencionada.
- En el trastorno facticio y de simulación, la producción del engaño es consciente, y se diferencia por el tipo de motivación o ganancia secundaria.
- Las enfermedades psiquiátricas con repercusiones cutáneas, son las más difíciles de tratar porque el paciente, no es consciente del origen psiquiátrico de su enfermedad y muchas veces no se sienten entendidos por el médico que los trata. Son muy reticentes a la derivación al psiquiatra "se sienten enfermos de la piel".
- Las patologías con más repercusión psicológica son: la psoriasis (sobretudo en fases agudas) y el acné por las características del paciente.
- Dermatólogos y psiquiatras abogan por la creación de las unidades de psicodermatología en las que se tratase al paciente de una forma conjunta, en todos los aspectos de su enfermedad. Así se evitaría la "peregrinación" del paciente de una consulta a otra y se ofrecería el tratamiento completo a todos los aspectos de su enfermedad.
- Para esto, es necesario que el dermatólogo vea en el paciente más allá que sus lesiones cutáneas y el psiquiatra más allá de los trastornos mentales.

Las fotografías han sido cedidas por la Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas del CHGUV.



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

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 80
infosalvat@salvatbiotech.com


SALVAT
innovación y calidad

Psoriasis y sus cuidados

La Psoriasis es, desde el punto de vista epidemiológico y sanitario, un problema importante a tener en cuenta. Es, por su prevalencia a nivel mundial, la enfermedad dermatológica con mayor tasa de afectados (del orden del 2% aproximadamente, con casos críticos como la población escandinava, con un 5%).

Si a esta incidencia le añadimos que en la actualidad no existe un tratamiento eficaz al 100%, esto supone para la administración y para el paciente un elevado coste económico, social y principalmente psicológico para los pacientes.

Palabra clave: Psoriasis, cuidados.

Introducción

Fue Galeno el primero en utilizar el término psoriasis, del griego Psora = prurito. William en 1809 y hebra el 1814 ya la describen tal y como es la enfermedad en la actualidad.

La psoriasis es una dermatosis eritematoescamosa (inflamatoria) con lesiones bien delimitadas de causa desconocida y clínica muy variable según su estado, que suele presentarse como crónica y recidivante. Para entender su explicación, diremos que la renovación celular normal está entre 25 y 30 días y en la psoriasis está aumentado unas 12 veces el número de mitosis por lo que la renovación celular queda en unos 4 días. No es contagiosa

Prevalencia e incidencia

Del 1 al 3% de la población mundial son enfermos de psoriasis y su incidencia es por igual en ambos sexos. Es más frecuente en el norte de Europa y en Norteamérica, que en judíos orientales, japoneses o en esquimales; es raro encontrarla en la raza negra y casi inexistente en los indios americanos. La edad de comienzo es tanto más tardía cuantos menos sujetos enfermos existan en la fa-

milia, observando dos picos de frecuencia: en el hombre después de la pubertad y en la mujer durante la pubertad, también aparece en la segunda y tercera década, siendo más rara su aparición en la infancia o en la tercera edad. El inicio precoz, predice una enfermedad más extensa y también más rebelde al tratamiento.

Etiología

Sus causas son desconocidas, sin embargo se reconoce la existencia de una predisposición genética en un 30% de los casos donde un progenitor presenta la enfermedad y de un 70% si la presentan ambos progenitores, en gemelos monozigotos hay una concordancia en el 90% de los casos, si bien la enfermedad puede ser desencadenada por otros factores adicionales:

- **Factores genéticos:** 1/3 de los casos hay antecedentes familiares, por:
 - Desequilibrios y frecuencia de los antígenos HLA (B13, B17).
 - Presencia de Cw6 y DRw7.

Se le denomina que es una enfermedad poligénica y que se desencadena por varios factores ambientales y externos.

- **Factores desencadenantes:**

- Traumatismos cutáneos. Tras este se puede desarrollar la enfermedad en una zona no afectada a los 13/18 días del traumatismo, denominado este hecho como fenómeno isomórfico de Köebner.
- Metabólicos y endocrinos. En pubertad y menopausia puede agravar, al igual que en la gestación podría mejorar.
- Psicológicos. En un 70% hay stress emocional.
- Infecciosos. En el 10% tras un proceso infeccioso de rinofaringitis en adultos y en niños en el 30 – 50% por infecciones estreptocócicas. En VHI+ se han encontrado en piel partículas

Palomar Llatas, F.
Coordinador Unidad de
Enfermería Dermatológica,
úlceras y heridas CHGUV.
www.chguv.org

Correspondencia:
palomar_fed@gva.es



Codos.



Cuero cabelludo.



Uñas.

virales y linfocitos, lo que dice que estos enfermos pueden agudizar o reincidir con más frecuencia en brotes psoriasisicos.

- Factores tóxicos, generalmente farmacológicos:

- Litio.
- Betabloqueantes.
- Antipalúdicos.
- Interrupción brusca de corticoides.

- Factores climáticos:

- El frío empeora las lesiones.
- El sol, el calor y la humedad las mejoran.

Clínica

La clínica puede ser muy variable, dependerá en parte de la localización de las lesiones que pueden afectar a piel, uñas u más raramente a mucosas. La clínica la podemos subdividir en:

Morfología de las lesiones

Se trata de una placa sobreelevada, de tamaño variable, color rojo brillante y borde delimitado, recubiertas de escamas hiperqueratósicas blanco-plateadas. El grado de infiltración, eritema y de hiperqueratosis es variable, normalmente es asintomático pero puede ser pruriginoso. Si raspamos con una cucharilla sobre una placa nos encontramos con tres signos característicos (raspado de Brocq). En el primer raspado, se desprende gran cantidad de escamitas nacaradas, denominándose por su parecido con el raspado a una vela o bujía "signo

de la mancha de cera". Continuando el raspado, llegamos a un momento en el que se desprende una capa o escama fina y transparente, denominándose "signo de la membrana epidérmica o Duncan Blucley". Y por último aparece una superficie sonrosada, que a los pocos segundos se cubrirá de un picoteado hemorrágico, denominándose "signo del rocío hemorrágico o de Auspitz".

Localización o topografía de las lesiones

Las zonas afectadas con mayor frecuencia son: Cara extensora de las rodillas y codos, cuero cabelludo, región lumbo-sacra, retroauricular, uñas, palmas y plantas de las manos y pies

Formas clínicas Morfológicas

- **Psoriasis en gota o guttata.** Esta denominación es debida a su forma morfológica de aparición de aspecto a gotitas de agua con un diámetro de 2 ó 3 mm a 1 cm. Su aparición es brusca, las pequeñas lesiones eritematosas están cubiertas por una finísima escama y se localizan en tronco, extremidades superiores y pueden aparecer en cara y cuero cabelludo, es a posteriori de una infección de vías respiratorias altas (estreptococo) y se da en un 2% de los enfermos de psoriasis principalmente en niños y jóvenes adolescentes. Puede evolucionar a su desaparición o convertirse en una psoriasis en placas.



Discoide o en placas.



- **Psoriasis en placas o discoide.** Es la más vulgar o frecuente, caracterizándose su presencia con placas redondas u ovaladas de 1 o más centímetros de diámetro y localizadas en las zonas típicas que ya hemos comentado, su comienzo es aparentemente poca cosa con respecto, a la patología que va a llevar el enfermo, por ello si no se trata rápidamente las lesiones se cronifican y forman lesiones con gran cantidad de escamas denominándose "psoriasis ostrácea o rupoides". Según la morfología que adquieren estas placas se les denomina: anular, geográfico, etc. Y si la extensión de las placas cubre gran parte de la superficie corporal se le denomina Universal o generalizada.

Topográfica

- **Psoriasis invertida o intertriginosa.** Afecta a las zonas de flexión y pliegues como submario, interglúteo, inguinal y alrededor del ombligo, la sintomatología que presenta es una placa uniforme de color rojo vivo, brillante y lisa con bordes limpios de escamas, que en el centro de la lesión puede figurarse con lo cual llega a producir escozor y dolor y no suele aparecer en axilas y hueco poplíteo.
- **Psoriasis en cuero cabelludo.** Es bastante frecuente, puede aparecer sola o también placas en otra parte del cuerpo. Su aparición puede ser en placas dispersadas por la cabeza o formando una especie de caparazón en el

cual podemos observar que son escamas muy secas, que no aglutinan los cabellos y más bien estos las perforan. Si en algún caso estas placas son húmedas, pruriginosas, pueden llevarnos a la confusión con una seborrea del cuero cabelludo.

- **Psoriasis de la cara.** Cuando hay elementos psoriásicos en cara son discretos, es rara su aparición y más bien parecen eczemátides seborreicos.
- **Psoriasis palmo-plantar.** El diagnóstico es más difícil cuando se presentan las lesiones sólo en esta localización. Son lesiones bilaterales y el cuadro clínico que presenta puede ser de distinto aspecto.
 - El habitual con placas redondas, bien delimitadas con escamas secas y duras y si desbordan hacia las muñecas, es el cuadro más típico de esta psoriasis.
 - Pueden existir los clavos psoriásicos, en la eminencia tenar, son duros y se descaman en el centro.
 - Queratodermia, con un contorno circinado de color rosado y recubre todas las palmas y plantas con un caparazón duro que puede llegar a agrietarse y ser doloroso.
 - Pulpitis, recubre las yemas de los dedos con una capa finísima de escamas y con alguna grieta.
- **Psoriasis ungueal.** Las uñas están afectadas en los procesos psoriásicos en un 30-50% de los casos y principalmente las de las manos. La extensión e importancia de las lesiones que



Eritrodermia.



Gotta.

nos podemos encontrar dependerá de la zona afectada de la uña.

- Pirueteado ungueal, que son depresiones puntiformes en la lámina ungueal y por consiguiente afectación de la matriz.
- Uña en mancha de aceite, la lámina ungueal tiene un color amarillento, debido a una afectación del lecho ungueal, esta lesión va acompañada o asociada a artropatías psoriasicas.
- Uña en medula de saco, que es una hiperqueratosis subungueal y engrosamiento del lecho y matriz de la uña.
- Psoriasis del surco ungueal y paroniquia psoriasica, son lesiones eritematodescamativas alrededor de la uña, con ausencia de cutícula que de onicodistrofia en forma de surcos. Es frecuente en la artropatía psoriasica.
- **Psoriasis de mucosas.** Suele aparecer en paladar y en la lengua, son placas blanquecinas circinadas de aspecto leucoplásico o liquenoide, es más frecuente en el glande y son manchas eritematosas con escasa descamación y evolución crónica.

Psoriasis graves

- **Psoriasis pustulosa.** Son lesiones pustulosas estériles sobre una base eritematosa y pueden existir como única manifestación clínica de prurito.
- P.P. de Barber. Es resistente al tratamiento y no es grave para el paciente, su localización es en

palmas y plantas, si el comienzo de la enfermedad es periungueal y va extendiéndose al resto de los dedos sin afectar a palmas o plantas se le denomina (acrodermatitis de Hallopeau. Las pústulas van desecándose formando unas placas eritematoescamosas.

- P.P. de Von Zumbusch. Es generalizada, brusca de verdadero peligro para el paciente que comienza con alteración del estado general del paciente, fiebre de 40° y con placas eritematosas de gran tamaño, son de color rojo vivo, edematosas y nada escamosas. Aparecen pequeñas pústulas de color amarillento y brotes repetidos, desecándose a medida que baja la temperatura corporal y por consiguiente comenzando a descamar abundantemente, el prurito es persistente y suele afectar a mucosa bucal y genital.
- Psoriasis Vulgar. Tras una provocación (supresión brusca de corticoides sistémicos, infección aguda, tratamientos con antralina), hacen un brusco brote inflamatorio y pústulas.
- **Eritrodermia psoriasica.** Su aparición puede ser debida a una psoriasis ya instalada o por causa de un medicamento. Afecta más al hombre en la proporción 2/1 y la edad media es de los 48 años. El comienzo del cuadro clínico se manifiesta generalmente con una diseminación de las lesiones previas con un aumento de la descamación y de la temperatura corporal, afecta prácticamente a la totalidad de la superficie corporal incluyendo



*Invertida o ite|triginosa.
| |*



Palmo-plantar.



Palmo-plantar.

palmas, plantas, cuero cabelludo y uñas. El estado general está alterado, escalofríos, fiebre, edemas en extremidades inferiores, cansancio, pérdida de peso, prurito severo, los pliegues están figurados e infectados, aspecto edematoso de la piel (tenso y brillante), puede llevar al paciente a la muerte por causas variables como es el fallo cardíaco, sepsis, etc.

- **Artropatía psoriasica.** Presencia simultánea de psoriasis vulgar y poliartritis, principalmente de articulaciones dístales (dedos, manos y pies), se da en un 5/7% de los pacientes con psoriasis. Muy rara en niños, el factor reumatoide suele ser negativo. En su clasificación tenemos: Artritis psoriasica distal. El 30% de las artritis psoriasicas, se inician por los dedos de los pies, más en varones. Suele afectar a pocas articulaciones y simétricas, las interfalángicas de manos y pies son las más frecuentes. En el 80% de casos se acompaña de psoriasis ungueal. La artritis psoriasica mutilante es una artritis deformante severa, igual en hombres que en mujeres. Afecta a múltiples articulaciones pequeñas de manos y pies, también a sacroilíacas. Da alteraciones destructivas importantes, con osteolisis, deformidades óseas y articulaciones severas con restricción del movimiento. Por último la poliartritis psoriasica. Similar a la poliartritis crónica primaria, pero no hay anemia, ni aumento de la VSG, ni nódulos reumatoides y factor reumatoide negativo. Suele ser asimétrica, es frecuente la

afectación sacroilíaca, la espondilitis anquilopoyética es frecuente en pacientes con psoriasis vulgar y psoriasis artropática.

Tratamientos y cuidados

Consideraciones generales: Informar al paciente del tipo de enfermedad que padece, de su cronicidad, que puede ser blanqueada pero no curada, su periodicidad, la posibilidad de varios tratamientos y ver cual puede ser el más idóneo, pues cada individuo es uno y cada tipo de lesión es distinto según su localización y a la vez podemos fomentar la relación con el paciente, pues es muy importante debido a que el estado anímico del paciente puede ser muy variable y una de las causas del desencadenamiento de la enfermedad puede ser como ya dijimos el stress emocional, al informarle de su patología hacemos a la vez una prevención de ella para que el paciente evite factores desencadenantes: Traumatismos, ingesta de alcohol, infecciones estreptocócicas agudas de vías respiratorias altas.

Tratamientos tópicos

- **Corticoides tópicos.** Es preferible utilizarlos en los adultos y actúan por sus efectos antiinflamatorios, inmunosupresor y citostático. Su poder de acción dependerá de su concentración, excipiente y forma de aplicación. Al ser una enfermedad crónica deben de utilizarse los de baja y mediana potencia ya que tienen sus efectos se-



Unidad de Enfermería dermatológica, úlceras y heridas. CHGUV

Palmo-plantar.

cundarios como atrofia epidérmica, estrías, hipopigmentación, prurito, telangiectasias. Debido a su comodidad de uso y rápida acción el paciente abusa y los prefiere. Las palmas y plantas pueden utilizarse corticoides potentes y en cura oclusiva, esta no es conveniente utilizarla en niños su uso es predilecto para cuero cabelludo y pliegues, su utilización intralesional en algunos casos está recomendada.

- **Emolientes o lubricantes.** Proporcionan hidratación al estrato córneo y ayudan a disminuir la descamación y aumentar la elasticidad facilitando la movilidad y evitando la fisura de la piel. Están compuestas por aceites minerales, vegetales o animales (parafina, coco, lanolina), además actúan creando una capa que impide la evaporación de agua.
- **Ácido salicílico.** Por su acción queratolítica se utiliza en las fases de descamación, principalmente en el cuero cabelludo y lesiones palmo-plantares donde las escamas están fuertemente adheridas, su excipiente suele ser vaselinas o geles lavables en concentraciones del 2-10%. Se puede utilizar en curas oclusivas unas 6 u 8 horas no más para evitar la maceración.
- **Alquitranes (coal tar).** Son productos obtenidos por la destilación de la hulla y determinadas maderas, se utiliza en forma de ungüentos, cremas, lociones jabonosas, etc. son mal aceptados por su fuerte olor y manchan la piel, sus efectos son inferiores a las antralinas y corticoides.

- **Antralina (ditranol).** Es un derivado del petróleo y actúa disminuyendo la proliferación celular epidérmica suprimiendo la síntesis del DNA y las mitosis, podría ser el tratamiento de elección de la psoriasis leve pero es muy irritante, mancha la piel y la ropa. Se aplica durante 30 minutos en las lesiones en concentración de 0'5 a 2% y se retira después con aceites minerales.
- **Análogos de la Vitamina D3.** Actúa como antimicótico sobre los queratinocitos y fibroblastos. Recientemente diversos ensayos clínicos y experimentales han centrado su atención por su efectividad en el calcipotriol que es un análogo a la vitamina D3, que con los estudios comparativos con la betametasona y con el ditranol es mayor su efectividad e incluso combinándolo en casos severos con PUVA o ciclosporina A

Tratamientos sistémicos

No nos corresponde el prescribirlo y si él administrarlo y por tanto saber sus efectos:

- **Corticoides intralesionales (depot).**
- **Corticoides orales,** contraindicados.
- **Metotrexato, antagonista del a. Fólico** que inhibe la síntesis del DNA. Es utilizado en casos graves y rebeldes a otros tratamientos, es hepatotóxico. En tres tomas de 2'5 a 5 mgr a la semana cada 12 h.
- **Retinoides.** El etretinato y la acitretina son los más usados, su acción es antimicótico, antiinflamatorio e inmunomodulador, sus efectos secundarios son xerosis, descamación palmoplantar, alopecia, etc.



Placas.



Pustulosa.



Placas.

Bibliografía:

- J. Gay Prieto. **Dermatología**. Editorial científico-médica.
- J.J. Vilata Corell, F. Millan Parrilla y Ml. Febrer Bosch. **Psoriasis, pag 88-102**. Dermatología, Prof. A. Aliaga ISBN:84-7982-043-8.
- A. Macaya Pascual. **Guía tratamientos dermatológicos**. Grupo 2 Comunicación médica S.L. Edit. MCR. ISBN: 84-7625-1996.
- O. Braun-Falco, G. Plewig, HH Wolf R:K. Winkelmann. **Dermatología**. Edite. Springer-Verlag Ibérica. ISBN: 84-07-00124-4.
- F.J. Vazquez Doval y E. Quintanilla Gutiérrez. **Fisiopatología de las enfermedades cutáneas**. Edit. MCR. ISBN: 84-7625-1996.
- **Psoriasis, boletín divulgativo de Acció Psoriasis**, Barcelona.
- P. Lucas, A. Camañez y D. Morales. **Protocolo psoriasis**. I Jornadas de Enfermería Dermatológicas. Valencia mayo 1990.
- F. Palomar. **Psoriasis**. III Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica, Barcelona, marzo 1996.

la dosis es de 1mgr./Kg/día durante 3 ó 4 meses según las necesidades, después del tratamiento y durante 18 meses debe mantenerse la anticonceptividad debido a sus efectos teratogénicos.

- **Ciclosporina**. Tiene propiedades inmunosupresoras en los linfocitos y acción citostática en los queratinocitos. Su dosis es de 3 a 5 mg/Kg./día. El blanqueamiento es rápido y también las recaídas, sólo debe usarse si fracasan otros tratamientos ya que su toxicidad o efectos secundarios son: ginecomastia, renales, hipertriosis.
- **Infliximab (remicade)**. Es un anticuerpo monoclonal humano que actúa en la regresión inflamatoria celular, su dosis es de 3mg/Kg por vía IV en las semanas 0, 2,6 y cada 8 semanas hasta la 54, estando el enfermo ingresado en el hospital, efectos secundarios: erupción cutánea, hormigueo, mareo, diplopías, cefalea.

Tratamiento con fototerapia o fotoquimioterapia

Son radiaciones electromagnéticas no ionizantes. El 80% de los enfermos expuestos a la fototerapia mejoran considerablemente. Su acción es la supresión de la síntesis de ADN. Cuando esta fototerapia es utilizada en combinación con fármacos se le denomina "fotoquimioterapia", los fármacos utilizados son los psoralenos (8-metoxipsoralen) en dosis de 0'6 mg/Kg., 2 horas antes de la fototerapia y durante las 12 horas siguientes el paciente es más sensible a la luz tanto solar como artificial. Los

efectos secundarios son: envejecimiento cutáneo, carcinogénesis, cataratas, etc.

El paciente con tratamiento con fototerapia debe proteger sus ojos con gafas de sol apropiadas, proteger las ingles durante las sesiones con ropa principalmente negra, en la calle llevar ropa apropiada para protegerse del sol, evitar focos de luz artificial y protegerse de ver la TV al menos con una distancia de 5 m. no está indicada en niños.

Higiene para el paciente de psoriasis

En los productos a usar de diario por el paciente con psoriasis hay que tener en cuenta que estos no lleguen a producir al paciente sequedad cutánea (xerosis), aumento de la hiperqueratosis, picor y tirantez en la piel, principalmente en manos, rodillas, pies. Deben de ser productos que nos ayuden a dejar una piel fina, flexible y más limpia de hiperqueratosis que hace más tórvida la entrada de medicación por vía tópica, así que tendremos en cuenta.

- Evitar geles o champús agresivos al igual que esponjas, guantes, manoplas o cepillos que puedan ejercer sobre la piel pequeños traumatismos.
- Llevar las uñas bien cortadas, no la manicura.
- Controlar que los productos tengan un pH entre 4 y 4'5.
- No aplicar sobre la propia piel colonias ni perfumes que puedan irritarla.
- Es recomendable hacer baños antes que du-



Puvaterapia.

chas simplemente ya que tiene una doble acción: relajante y emoliente (baños de avena o aceites).

- Tras los baños o duchas es conveniente hidratar la piel con lociones o leches corporales hidratantes y nutritivas.
- El calzado debe de ser holgado y cómodo para que no ocasionen traumatismo en los pies.
- Los rayos UVA son beneficiosos en el 80% de los casos, pero siempre con moderación y cuidado.
- Los tratamientos tópicos se aplicarán solamente a las zonas afectadas de placas.
- Es conveniente la asistencia a balnearios terapéuticos de aguas sulfuradas, barros, etc que a su vez sirven de relax al paciente.

Protocolo de baños con bañera

• Concepto:

El baño en bañera es preferible al lavado con esponja en el paciente dermatológico, cuando su condición se lo permita, para la aplicación de polvos emolientes, aceites, etc.

• Objetivo:

Poner el tratamiento prescrito, si este es sin medicación, también produce un efecto confortable y antipruriginoso, al mejorar el paciente, las costras y escamas son más fáciles de eliminar.

• Ejecución:

- Revisar la temperatura de la habitación.
- Llenar la bañera con agua templada.

- Colocar una toalla en el fondo de la bañera.
- Agregar al agua la medicación prescrita (alquitranes, avena, etc) y agitar.
- Acompañar al paciente hasta la bañera.
- Ayudar al paciente si fuese necesario a desnudarse.
- Ayudar al paciente a entrar en la bañera.
- El paciente debe de permanecer 20 minutos en el agua.
- Controlar al paciente cada 5 minutos.
- Ayudar o secar al paciente a secarse.
- Aplicar las pomadas prescritas allá donde el paciente no pueda.

Cuidado del cuero cabelludo

- Inspeccionar el cuero cabelludo antes de iniciar el tratamiento.
- Utilización de champú, toalla, peine y guantes.
- Mojar el pelo con agua templada.
- Aplicar el champú con las yemas de los dedos haciendo un ligero masaje sin friccionar los cabellos.
- Enjuagar los cabellos.
- Secar masajeando con la toalla.
- Con el peine separamos los cabellos cada 2 cm. y aplicamos la pomada prescrita.
- Por último, pasado el tiempo de acción lubricante de la medicación y con la ayuda de un peine fino y con excepcional cuidado nos dedicamos a inspeccionar el cuero cabelludo y ver en ayudar al desprendimiento de escamas.

Bibliografía: continuación

- *Aurora Guerra. Manejo de la psoriasis. Grupo Aula médica SL 2003.*
- *¿Qué es la psoriasis? Comic publicado por BIOGEN.*
- *M. Armijo, Atlas del psoriasis. ISBN 84-8097-1994.*
- *JM. Ramos Rincón, J. Sánchez Carazo y M. Salavart Ueti. Terapias biológicas en dermatología y riesgos infecciosos. Manual de preguntas y respuestas. Proas Science SA 2006.*
- *Ghoreschi, K.; Thomas, P.; Breit, S.; Dugas, M. et al. Interleukin-4 therapy of psoriasis induces Th2 responses and improves human autoimmune disease. Nature Med. 9: 40-46, 2003*
- *M.C. Martín de Aguilera, Moro y M.P. Hernández, Orta, enfermeras. R.F. La Fuente, Urrez y R. Matheu Lozano. Tratamientos biológicos en la consulta de Enfermería: Control e Información. ENFERMERÍA dermatológica nº 02 septiembre-octubre 2007.*

El espacio europeo de educación superior... dónde estamos ahora?

El Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) es todo un reto que se nos plantea en la actualidad.

Han pasado casi 12 años desde que se reunieran por 1ª vez, los Ministros de Educación de Francia, Alemania, Italia y Reino Unido y firmaran en La Sorbona una declaración promoviendo el desarrollo de un Espacio Europeo de Educación Superior. Posteriormente, una nueva reunión, en la que ya se contó con la presencia de 30 estados europeos más, tuvo como resultado la firma de la Declaración de Bolonia (19 junio de 1999).

En la actualidad, este pacto se ha extendido prácticamente a todo el continente europeo.

Allí se asentaron las bases de un nuevo espacio de educación europeo, teniendo como principios los siguientes:

- Calidad.
- Movilidad.
- Diversidad.
- Competitividad.

Posterior, se comenzó a trabajar en los países que adheridos al plan, para poder dar forma a los objetivos principales que recoge dicha declaración de Bolonia:

1. Adoptar un sistema comparable de las titulaciones mediante la implantación entre otras cuestiones, de un suplemento al idioma.
2. Adoptar un sistema basado en dos ciclos.
3. Establecer un sistema de créditos ECTS*.
4. Fomentar la cooperación entre todos los países que forman parte del proyecto, para asegurar un adecuado nivel de calidad, y un mejor desarrollo curricular.
5. Promover la movilidad de los estudiantes, profesores e investigadores en todo el ámbito europeo. Facilitar de esta manera su entrada en el mercado laboral.

*Sistema Europeo de transferencia de créditos.

La primera revisión por parte de los ministros para seguir todo el proceso tuvo lugar en Praga en el 2001, y se han seguido realizando cada dos años, siendo la próxima en el presente 2009.

Vamos a recordar y resolver una serie de cuestiones que parecen más importantes.

¿Cómo funciona ahora la Universidad y qué va a cambiar con EEES?

Estructura Antigua: 1 crédito = 10 h. lectivas.

- 1^{er} ciclo: 3 años
(diplomado, ingeniero técnico...)
- 2^o ciclo: 2 años
(licenciado, ingeniero...)
- 3^{er} ciclo: 2 años
(diploma de estudios avanzados, DEA)
3-4 años (tesis)

Estructura EEES: 1 crédito = 25 ó 30 h.

- 1^{er} ciclo: 4 años (graduado 240 ects.)
- 2^o ciclo: 1-2 años (master 60 ó 120 ects.)
- 3^{er} ciclo: 3-4 años (doctor, con dos periodos, formación e investigación)

¿Qué legislación española está regulando todo este proceso?

Este artículo pretende de manera práctica clarificar la situación actual de la Universidad y las posibilidades de estudios de 3^{er} grado. No podemos obviar que todo ello está fundamentado en la legislación vigente.

- RD 1125/2003, de Septiembre, donde se establece el *crédito europeo como la unidad de medida del haber académico de las enseñanzas universitarias de carácter oficial*.

Se define el número de 60 créditos para cada curso académico, y ser cuantifica cada crédito como 25 ó 30 horas (a elegir por la Universidad). Asimismo, cada crédito lleva incorporado lo que corresponde a clases lectivas, bien sean teóricas ó prácticas, horas de estudio por parte del alumno, seminarios, trabajos,...

Se establece también el modo de calificar (similar al actual) y la forma de obtener matrícula de Honor.

- RD 778/1998, de Abril, donde se regula el *tercer ciclo de estudios universitarios y la obtención y expedición del título de Doctor y otros estudios de postgrado*.
- RD 1393/2007, de Octubre, en el que se establece la *ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales*.

A modo de resumen de los mismos, destacar que existe cierta autonomía por parte de cada Universidad para crear sus titulaciones (directrices propias) y una serie de normas generales a todas las titulaciones (directrices generales). Ambas serán verificadas y acreditadas si cumple los requisitos pertinentes (establecidos en el RD 1393, CAP III) por un órgano que garantice la calidad de las mismas. Dentro de estas titulaciones podrán realizarse prácticas externas y se completará la formación con un trabajo fin de grado.

A la hora de ofrecer los diferentes Masteres, las Universidades deben seguir también una serie de directrices que garanticen la calidad, contener formación teórico-práctica, y por supuesto, un trabajo fin de Master que tenga un valor entre 6 y 30 créditos.

Para acceder a cursar el Master elegido, el estudiante deberá estar en posesión del título de grado que sea necesario ó de su homologación.

Para acceder a los estudios de doctorado, en su periodo de formación, cabe estar en posesión del título de graduado ó su homologación si es el caso, y además las Universidades pueden exigir formación previa en alguna disciplina.

A modo de ejemplo detallaré brevemente cómo se plantea en la Universidad Católica de Valencia (UCV).

Para acceder al programa de doctorado en su periodo de formación es necesario:

- Titulación oficial española u homóloga del EEES.
- Titulados por sistemas educativos ajenos al EEES que acrediten un nivel de formación equivalente al español y que estén expedidos por un país donde se hubiera podido cursar el doctorado. No generará homologación.

Para acceder al programa de doctorado en su periodo de investigación, son necesarios los siguientes 5 requisitos:

1. Título oficial de Master Universitario, o bien, haber superado 60 créditos incluidos en varios Masteres Universitarios de acuerdo con lo que establezca la Universidad. De manera excepcional, y por necesidades estratégicas de la misma ó por la necesidad de incrementar la investigación en algún campo, podrán acceder aquellos estudiantes que acrediten 60 créditos de postgrado, aunque no estén incluidos en Masteres (deberá contarse con un informe favorable de la Agencia Evaluadora).
2. Haber defendido públicamente un trabajo fin de Master (mínimo 6 ects).
3. Haber realizado formación curricular en Metodología de la Investigación (al menos de 6 ects).
4. Haber realizado formación curricular relacionados con Búsquedas documentales (al menos 3 ects)
5. Admisión, por parte de la Comisión de Doctorado, del tema y director de tesis propuestos.

* Consultar pág web UCV: www.ucv.es, en ella se presenta la oferta de masteres.

¿Qué se consigue mejorar con este nuevo planteamiento?

Indudablemente, todo cambio genera desconcierto y dudas sobre su efectividad.

Sin embargo, el EEES, se apoya en una serie de fundamentos básicos que lo hacen útil y viable, como son la revolución en las metodologías de enseñanza, centrándose en el proceso de aprendizaje del estudiante, la apertura de un mercado laboral mucho más amplio, la posibilidad de ampliar también el campo investigador, la promesa de plantear sistemas de acceso transparentes y una información clara a la hora de ofertar las distintas titulaciones, el hecho de obtener tras cada ciclo, una titulación oficial con unas características propias. Así, al obtener el grado, se posee una formación más centrada en lo profesional. Al finalizar el Master se obtiene una especialización y con el título de doctor se obtiene un perfil investigador.

Con una titulación actual de diplomado ó ingeniería técnica, tal como se cursaba hasta ahora, ¿puedo considerarme grado cuando se ponga en marcha el plan de Bolonia?

Todavía no hay una respuesta clara a esta pregunta aunque las posibilidades de que sea así son amplias. En breve se reunirán de nuevo los representantes de cada Universidad y seguirán trazando directrices que seguramente no se saldrán de la línea trazada hasta ahora. Definirán más exactamente la forma de realizar esta equiparación de títulos.

No obstante, lo que sí queda claro en la legislación es la posibilidad de acceder a los estudios de postgrado y doctorado con la titulación actual.

En la titulación de Enfermería, ¿hay alguna experiencia piloto de este plan?

En la actualidad, en Valencia capital se han iniciado los estudios de Enfermería de grado en una sede de la Universidad Europea de Madrid, y el próximo curso 2009/10 comenzará casi con toda seguridad, en otras universidades como la Universidad Católica de Valencia.

¿Para cuándo se prevé la implantación del Plan de Bolonia?

En principio el plazo propuesto es el año 2010.

Independientemente de lo dicho hasta ahora, y en palabras de la Ministra de Ciencia e Innovación Dña. Cristina Garmendia *"Tenemos 33 Universidades públicas y privadas que están cursando grados adaptados al Espacio Europeo de Educación Superior, con 163 titulaciones, y otras 800 más están en proceso de verificación..., vamos a buen ritmo"* y añade a modo de nueva propuesta que se está trabajando en la actualidad *"Estamos trabajando además sobre el proyecto Estrategia 2015, en el que pretendemos situar a las mejores universidades españolas entre las 100 mejores de Europa"*.

Estamos sin duda ante un proyecto ambicioso, que demuestra que las Universidades españolas, están trabajando para mejorar día a día y que en todos los ámbitos se espera que dicho trabajo sea reconocido y por supuesto, que todo ello conlleve la mejora en la calidad y formación de los profesionales del futuro.

Para más información:

- RD 778/1998.
- RD 1125/2003.
- RD 1393/2007.
- www.universidades.universia.es
- www.ucv.es
- www.mec.es

Efectividad de la oxigenoterapia hiperbárica en úlceras del pie diabético

Las úlceras del pie del diabético en México, son una de las 10 primeras causas de internamiento hospitalario con un costo por arriba de los 20 millones de dólares anuales, causa de incapacidad temporal o definitiva. En este trabajo se analiza el resultado de la efectividad de un tratamiento médico; la Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB), como coadyuvante en las lesiones del pie diabético. Se estudian 2 grupos de 20 pacientes, en un servicio médico privado de Tabasco, México. Un primer grupo conformado por pacientes que recibieron el manejo médico convencional más la OHB (MMC+OHB), y el siguiente grupo los pacientes que sólo recibieron el manejo médico convencional (MMC). Ambos grupos eran de características similares, con lesiones que se encontraban dentro de la escala de Wáagner entre el grado II y IV. Para medir la efectividad se valoró a los 30 días el tipo de procedimiento quirúrgico realizado, y a los 90 días el porcentaje de cicatrización de los pacientes.⁽¹⁻²⁾

Introducción

La Diabetes Mellitus es una de las principales causas de muertes en el mundo. Tiene una repercusión económica y social importante, de ahí que el uso adecuado de los recursos sea determinante. Dentro de sus complicaciones más frecuentes se encuentran las úlceras en el pie diabético. En América este problema ocasiona un costo anual próximo al billón de dólares, se reportan cada año más de 60.000 amputaciones por úlceras en pie diabético y la mortalidad asociada es de aproximadamente el 10% después de cada amputación. En México las úlceras en pie diabético se encuentra dentro las primeras 10 causas de internamiento hospitalario con un costo por arriba de los 20 millones de dólares anuales, son causa de incapacidad temporal o definitiva y por su evolución prolongada

representan un alto costo de tratamiento. Más del 50% de las amputaciones no traumáticas son realizadas en pacientes diabéticos. Aproximadamente del 20 al 25% de todos los pacientes con Diabetes Mellitus desarrollará una lesión en los pies durante el transcurso de su enfermedad y de éstos el 80% terminara en amputación.⁽²⁾

Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB)

La oxigenoterapia hiperbárica (OHB) es un método de tratamiento médico que consiste en introducir a un paciente en un receptáculo cerrado herméticamente conocido como "cámara hiperbárica", la cual se presurizará una ó dos atmósferas por arriba de la presión atmosférica, según sea el caso, el paciente respirará oxígeno 100% durante aproximadamente 60-90 minutos que es el tiempo mínimo por sesión. La Oxigenoterapia Hiperbárica aumenta la tensión arterial de oxígeno por arriba de 200 mm^{mm}/hg, con lo cual se estimula el proceso angiogénico (neovascularización) y efecto antibiótico frente a microorganismos anaerobios. El mecanismo básico por el cual se compromete la cicatrización en cualquier herida es una combinación de hipoperfusión e infección con la consecuente hipoxia tisular, la tensión de oxígeno por debajo de 30 mm^{mm}/hg altera y disminuye los mecanismos antibacterianos y cicatrizantes de los polimorfonucleares (PMN). Está comprobado bajo el método científico que aplicado justa y oportunamente en este tipo de lesiones, la OHB disminuye hasta un 50% el riesgo de sufrir amputaciones.⁽³⁾

Materiales y Métodos

Tipo de estudio: Observacional, prospectivo, descriptivo y longitudinal de dos alternativas de tratamiento en el pie de los diabéticos. Es un estudio abierto en el cual ambos grupos de pacientes conocen el método de tratamiento.

Luis Manuel Ortiz Camberos.
Director Médico, Médico Cirujano, Especialización en Educación Diabetológica, Master en Medicina Hiperbárica, Máster en Salud Pública.

Martín Ortiz Vázquez.
Médico Cirujano, Máster en Educación Médica.

Armando Damian López.
Médico Cirujano.

Correspondencia:
BIOXMEDICAL, Clínica de Heridas y Diabetes.

bioxmedical@prodigy.net.mx
orcambertos@yahoo.com

Av. 27 de Febrero 1057,
Col. Centro, Villahermosa,
Tabasco, México. C.P. 86000.



Universo y muestra

El universo del estudio se constituyó con todos los sujetos que acudieron al servicio médico privado del municipio de Cárdenas, Tabasco, en el periodo comprendido de Noviembre 2007 a Agosto 2008, que solicitaron la valoración y consulta relacionada con las complicaciones en el pie de los diabéticos tipo ulcera y que recibieron el MMC (20 pacientes) y MMC+OHB (20 pacientes).

Para evaluar el costo se utilizaron las hojas de gastos médicos hospitalarios, la hoja de costos de la OHB de todos los pacientes, y una encuesta realizada a los mismos, evaluándose al inicio del estudio, a los 30 y 90 días de transcurrido el mismo.

Para evaluar la efectividad se utilizó el archivo clínico del servicio médico privado de Cárdenas Tabasco, con los expedientes de los pacientes que decidieron aceptar el tratamiento médico convencional para las complicaciones del pie diabético y los que optaron además en recibir el tratamiento de OHB. Se les llevo su seguimiento desde el inicio del estudio, y se evaluó a los 30 días y 90 días posteriores.⁽⁵⁻⁶⁾

A los 30 días se valoró el tipo de procedimiento quirúrgico realizado:

- 1) Desbridación sin amputación.
- 2) Amputación quirúrgica de algún orjejo ó desbridación amplia.
- 3) Amputación quirúrgica radical del pie, clasificadas como evolución buena, regular y mala respectivamente, corroborado previamente en el expediente clínico de cada paciente.

A los 90 días se evaluó el porcentaje de cicatrización de la herida quirúrgica; clasificado como > 80% (excelente), 79%-36%(aceptable), y < 35%(mala).⁽⁷⁻⁹⁾

Para tal efecto se midieron con cinta métrica las lesiones posteriores al procedimiento quirúrgico

realizado y se volvieron a medir a los 90 días de iniciados ambos tratamientos para poder evaluar el avance de la cicatrización en base al porcentaje del cierre de la misma.

Criterios de inclusión de los pacientes

- Únicamente se incluyeron pacientes con lesiones del pie de los diabéticos con escala de Wágner II, III y IV. Todas las lesiones fueron de las mismas características para ambos grupos.
- Todas las lesiones debían tener el componente neuroinfeccioso, con presencia de pulsos palpables (pedio, tibial posterior, tibial anterior) al menos uno de ellos.
- El tamaño de las lesiones que se incluyeron en el estudio fueron desde los 3x2 centímetros hasta los 6x4 centímetros.
- Todos los pacientes debían ser mayores de 18 años.

Resultados

El total del costo hospitalario fue mayor en el grupo MMC 1.09 que en el grupo MMC+OHB. Por cada 2.5 días de internamiento del método MMC, los pacientes del grupo MMC+OHB estuvieron solo un día. El costo por día de internamiento en el grupo MMC fue mayor 1.11 que en el grupo MMC+OHB, y este únicamente requirió 35 días de internamiento en comparación con 89 días de internamiento en el grupo MMC, es decir, 2.5 veces días más.

A los 30 días de iniciado el tratamiento se identifica una buena evolución en el 55% de ambos grupos, de los cuales el 60% corresponden al MMC+OHB y el 50% corresponde al MMC y solo en el grupo MMC se obtuvo una mala evolución en 2 pacientes (10%) en los que fue necesario realizar la amputación quirúrgica.



Bibliografía:

- 1 Martínez de Jesús Fermín, R. **Pie Diabético Atención Integral.** Asociación Mexicana de Cirugía General. Epidemiología de las lesiones y úlceras del pie diabético, pag. 5-11.
- 2 Aragón Sánchez E. Javier y Ortiz Remacha Pedro P. **El pie diabético, Anatomía y Biomecánica del pie** pag 27-42. **Infección en el pie diabético** pág. 131-144, 2001.
- 3 Desola, J. **CRIS Unitat de Terapèutica Hiperbàrlica. Bases y fundamentos terapèutics de la oxigenoterapia hiperbàrlica.** JANO/Medicina vol. LIV, no. 1260, 5-11 Junio 1998.
- 4 Gálvez González, A.M. **La evaluación económica en salud en Cuba. Instrumento para la toma de decisiones.** La Habana 2004, Tesis.
- 5 Castillo Guzmán, A.; Gálvez González, A.M. y Ríos M. **Costo-efectividad de dos alternativas de tratamiento de la estenosis mitral Cardiovascular.** Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (1991-2002), La Habana 2003, Tesis.

En cuanto a la evolución a los 90 días, el grupo MMC+OHB un 45%, logró cicatrizar más del 80% de la lesiones, y del grupo MMC solo un 25%. Todos los pacientes del grupo MMC+OHB tenían un porcentaje de cicatrización mayor al 35%, no así el grupo MMC con un 25% de pacientes en este grupo, lo cual indica que el MMC+OHB tienen una cicatrización 1.5 veces más rápida que el grupo MMC. Aquí se incluyen dos pacientes que sufrieron amputación supracondílea del grupo MMC y que se valoró la evolución del muñón quirúrgico; uno se encuentra con >80% y otro entre 79 y 36% de cicatrización.

Discusión

Las lesiones se presentaron en pacientes después de los 45 años de edad, más frecuente en el sexo masculino. En la mayoría de los casos el grado escolar no es un factor determinante ya que hasta un tercio de los pacientes sabían leer y escribir, aunque el grado académico no rebaso el nivel técnico bachillerato. Más de la mitad de los pacientes correspondían a la clase obrera, campesina y técnica; es decir personal que se encontraban hasta el momento de la enfermedad en trabajo activo, predominando sobre todo las provenientes de zonas rurales. Con predominio de dos terceras partes de los pacientes tenían más de 10 años de padecer la DM, muy similares a otros estudios anglosajones, que demuestran la aparición de las lesiones en pie diabético en pacientes,

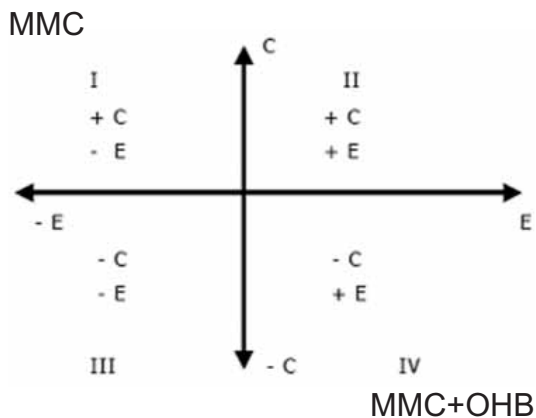
más insuficiencia vascular arterial periférica posterior a los 10 años de inicio de la enfermedad. Los costos institucionales en \$US americanos para ambas alternativas fueron similares en cuanto al costo/día paciente. En el grupo MMC se incrementó respecto al mayor número de días de estancia hospitalaria, elevándose a más del doble del grupo MMC+OHB. Si comparamos los costos totales de ambas alternativas de tratamiento, incluyendo los costos de la OHB en el grupo MMC+OHB, fue aún ligeramente mayor en la alternativa MMC. El costo total menor fue el de la alternativa MMC+OHB con una diferencia marcada, pero hay que tener en cuenta que es lo que le cuesta a la institución el tratamiento de estos pacientes. El costo por día de internamiento fue también menor en el grupo MMC+OHB que en el grupo MMC. Con esto podemos hacernos la siguiente pregunta ¿Por qué se nos incrementa los costos totales en la MMC?. Por cada día de internamiento del grupo MMC+OHB, el grupo MMC emplea más del doble de días de internamiento. Al medir los resultados a los 90 días de iniciado el tratamiento médico, casi la mitad de los pacientes del grupo MMC+OHB logró una buena evolución y del grupo MMC solo una cuarta parte. Con una regular evolución que podría considerarse aceptable más de la mitad del grupo MMC+OHB lograron esta cicatrización y del grupo MMC la mitad. Con una mala evolución una cuarta parte de los pa-



cientes resultó el grupo MMC y ninguno de los pacientes del método MMC+OHB se encontró dentro de esta variable. Ninguno de los pacientes del grupo MMC+OHB sufrió amputación y del grupo MMC un 10% de su grupo la presentó.

El método MMC+OHB resultó ser más costo efectivo, con costos totales más económicos que el método MMC. En cuanto a los días de internamiento con el método MMC en promedio emplearon 4.45 días por paciente, y con el método MMC+OHB el promedio de días de internamiento fue de 2 días por paciente.

Utilizando el plano costo efectividad observamos lo siguiente



Los eventos que se encuentran en el cuadrante I son más costosos y menos efectivos por lo cual no pueden considerarse elegibles, los que se encuentran en el cuadrante II y III, puede discutirse su elección según las condiciones físicas, económicas y sociales de la empresa; porque una alternativa puede ser más costosa pero más efectiva y eso no implica su exclusión. La alternativa que se ubica en el cuadrante IV con resultados de eficacia iguales o mayores, debe ser la mejor opción ya que es la que menos nos cuesta y es más efectiva.⁽¹⁰⁻¹¹⁾

Conclusiones

Los costos institucionales de ambas alternativas de tratamiento son similares. La OHB es un método terapéutico y económico si se comparan los beneficios que se obtienen, ya que disminuye marcadamente la estancia hospitalaria, reduciendo con esto riesgos para el paciente, como es la infección intrahospitalaria, costos para el hospital, para el paciente y sus familiares. La OHB es más costo efectiva, los costos institucionales reciben una influencia directa de la estancia hospitalaria, que en este estudio estuvo elevada en los pacientes del grupo MMC en más del doble, originado por la larga estancia hospitalaria de los pacientes. Con la estadía total empleada por el grupo MMC (20 pacientes), se pudieron haber atendido 43 pacientes con el método MMC+OHB.

Bibliografía: continuación

- Guo, S.; Counte, M.A. y Romeis, J.C. Hyperbaric oxygen technology: an overview of its applications, efficacy, and cost-effectiveness. *Int technol asses health care* 2003, spring 19(2):339-46.
- Goldstein, E.J. et al. Diabetic foot infections. *Diabetes Care* 2001, 19(6): 638-641.
- Drummond, M.F.; O'Brien, B.J.; Stodart, J.L. y Torrance, G.W. *Métodos para la Evaluación Económica de los Programas de Asistencia Sanitaria*. Segunda Edición. Editorial Díaz de Santos, Madrid 2001.
- Wagner, F.W. The Diabetic foot: a system for diagnosis and treatment. *Foot and ankle* 1999, 2:64-122.
- Desola, Jordi. Hyperbaric oxygen in the treatment of infection of the diabetic foot. 2001.
- Juan Rovira. Señor Health Economist (The World Bank), Evaluación económica en salud: de la investigación a la toma de decisiones. *Rev. Esp. Salud Pública* 2004, 78:293-295.

CEDER: consulta de enfermería dermatológica

Ponencia presentada el 17 de abril 2008 en las primeras jornadas de Enfermería Dermatológica en Estella (Navarra)

Buenos días, cuando el equipo de Dermatología de este hospital, al cual agradezco su invitación, me propuso presentar esta ponencia, pensé, va lo tengo muy fácil, porque este tema lo lleve en el año 2003 al Nacional de Valencia, y cual fue mi sorpresa, el revisar el trabajo que nada o muy poco de lo que se refería a enfermería lo he podido aprovechar, solo los diagnósticos médicos y las descripciones de la patología, pero cómo digo: nada ó muy poco de enfermería.

Introducción

Comenzamos la consulta de Enfermería en marzo de 2002 hace 6 años, en el Nacional de Valencia presentamos la primera comunicación haciendo un balance sobre el primer año de funcionamiento. Nuestra consulta antes de esta fecha, Consistía en hacer curas, tanto quirúrgicas retirando los puntos, cómo úlceras a demanda. En una agenda dábamos cita, según surgían las curas en la consulta médica. Pero poco a poco hemos introducido el cuidado, atención e información a pacientes que una vez diagnosticados en consulta médica en 1ª visita, el seguimiento y continuación de tratamiento en nuestra CEDER.

Palabras clave: Enfermería, Consulta, Organización, Evolución.

Objetivo principal

Completar y mejorar la calidad de la asistencia, a los pacientes con patologías cutáneas, que se atienden habitualmente, en nuestras consultas de Dermatología.

Objetivos que nos motivaron para comenzar con la CEDER:

1. Dar una atención de enfermería más especializada y personalizada, a los pacientes y familiares, que acuden al servicio de Dermatología.
2. Reducir las listas de espera en las consultas, provocadas por patologías leves, que pueden ser controladas y tratadas en las consultas de enfermería.

3. Mejorar la imagen de enfermería en Dermatología, ampliando su campo profesional de forma más específica y profesionalizada

Objetivos actuales de nuestra CEDER:

1. Brindar educación básica al paciente sobre su patología y el tratamiento individualizado a seguir.
2. Identificar los factores que ocasionan el abandono y/o fracaso del tratamiento.
3. Distinguir las costumbres o hábitos de vida que influyen negativamente en el tratamiento médico y de enfermería.
4. Enseñar a enfermos crónicos a utilizar sus posibilidades, para mejorar su estado de salud.
5. Colaborar con el dermatólogo y el paciente, en la valoración diagnóstica y seguimiento terapéutico, para conseguir una atención integral en el contexto sanitario actual.

Material y Métodos

Definición de consulta de Enfermería.

Uso de los conocimientos técnicos, para trabajar con aquellos individuos que solicitan ayuda en la resolución de problemas de salud, permitiéndoles alcanzar los objetivos identificados y planificados. El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, y nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

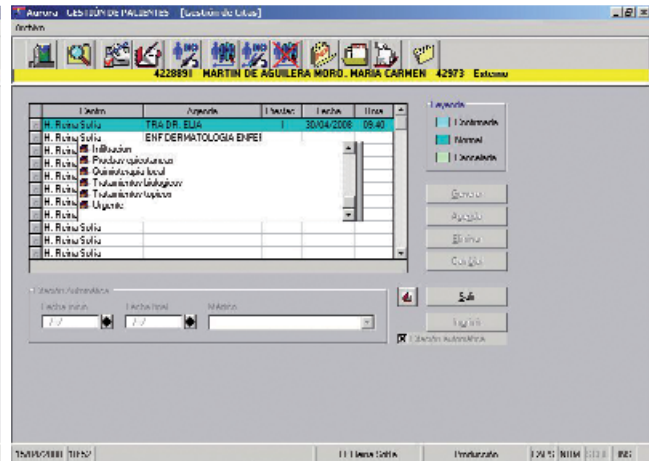
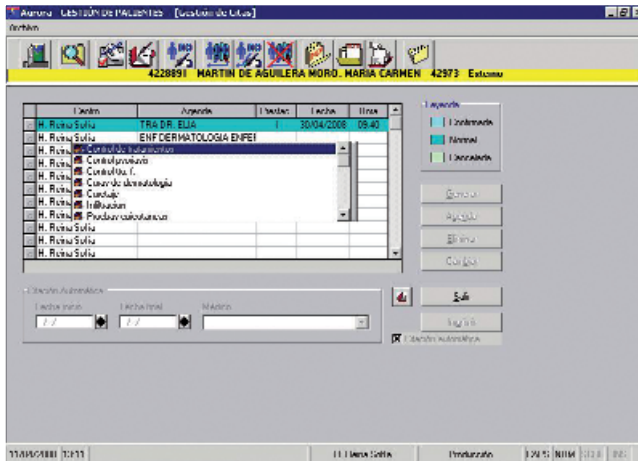
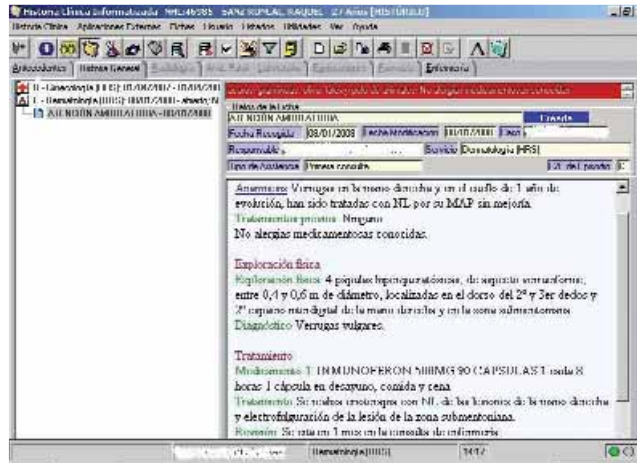
- P.A.E: Aplicación del proceso de atención de enfermería en Dermatología, Es un método de identificación y resolución de problemas, la aplicación del PAE da origen a los planes de cuidados, a través de los cuales se unifican criterios de atención, para lograr la calidad de vida del paciente.
- Los diagnósticos NANDA permite ampliar el campo de actuación de enfermería.

El objetivo se debe referir a lo que la persona tiene que hacer en función de lo que pactamos con el paciente (pacto enfermera-paciente).

- Acciones de valoración.
- Acciones de ejecución.

M.C. Martín de Agullera Moro,
M.P. Hernández Orta,
R. F. Lafuente Urrez,
J. Perez Peregay,

Hospital "Reina Sofía"
Tudela (Navarra).



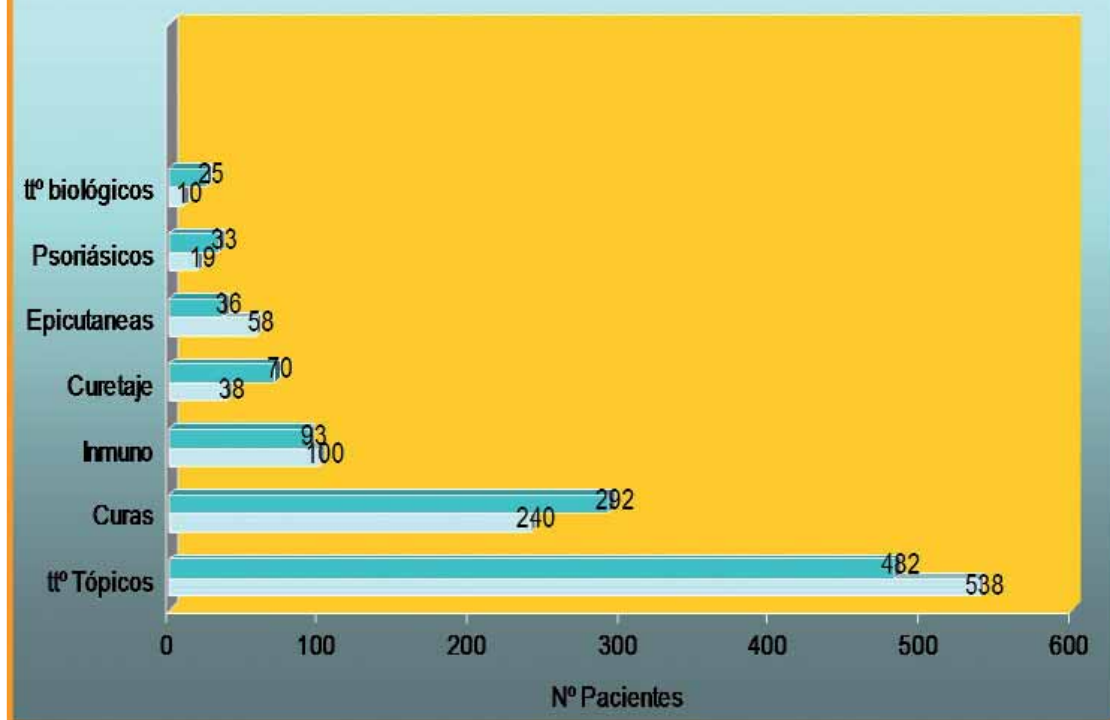
- Acciones de información.
- Educación para el autocuidado.
- Ejemplo: (cod.00046) Alteración de la integridad de la cutánea relacionado con... biopsia, Psoriasis... etc...
- Ejemplo: (cod.00126) Déficit de conocimiento relacionado con... la aplicación de tratamiento domiciliario.
- Ejemplo: (cod.00004) Riesgo de infección relacionado con... deterioro de la integridad cutánea.
- Ejemplo: (cod.00146) Ansiedad relacionado con... reacción inflamatoria en zonas visibles.
- CIE/ NIC: (clasificación de las intervenciones de enfermería) Planificación de las intervenciones y actividades de enfermería para lograr los objetivos. Lo definiremos cómo conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado por el paciente.
- Ejemplo: Intervención: Manejo del prurito. "Prevención y tratamiento del Prurito".
- Determinar la causa (dermatitis, alteraciones sistémicas o medicaciones).
- Identificar alteraciones en la piel (vesículas, ampollas, abrasión etc...).
- Colocar guantes en las manos durante el sueño.
- Administrar antihistamínico según este indicado.
- Aplicación de frío para aliviar la irritación.
- Aconsejar al paciente a utilizar ropa adecuada. No estrecha y de algodón.
- Enseñar al paciente a tener cortas las uñas.
- Instruir al paciente para minimizar la sudoración evitando ambientes cálidos.

- Informar al paciente la necesidad de limitar el baño a dos ó tres veces por semana, según sea conveniente.
- Instruir al paciente que se bañe con agua tibia y a secarse sin friccionar (por medio de toques).
- Aconsejar la utilización de humidificadores.
- Informar al paciente de la importancia de mantener la piel de todo el cuerpo bien hidratada, indicaremos cremas adecuadas para su piel, Emolientes.
- Clasificación de los resultados de enfermería (CRE/NOC) que nos permita estimar si los objetivos se han alcanzado o se van cumpliendo. Evaluación de los resultados de enfermería.
- Una de las estrategias de la Organización mundial de la Salud (OMS) sugiere la necesidad de fomentar la independencia y los auto-cuidado en los pacientes, lo que hace necesario y urgente apoyar aquellos proyectos de enfermería donde se den cauce a los mismos.

Primeras visitas

Es una consulta programada y de presencia física, el paciente es referido desde la consulta médica, puede que no sea necesario volver a citarlo, eso es a criterio de enfermería, ó el dermatólogo lo ha dejado indicado, ella valorará las necesidades, aptitud ante su proceso, comprensión del tratamiento y cumplimiento de este. Si no se le vuelve a citar, se le entregan cuidados por escrito si se ve necesario, a todos se les explica de forma clara y concreta preguntando si lo han entendido bien, y se deja reflejado en su ficha informática.

ACTIVIDAD CEDER 2006-2007



Revisiones

Se le dará cita en la primera visita, a aquellos pacientes que por su patología o por la complejidad del tratamiento se valora necesario hacer seguimiento del cumplimiento y resultado del tratamiento. También se cita a revisión a aquellos pacientes que requieren ser tratados o curados en la CEDER.

Consultas telefónicas

Este año nos hemos planteado abrir una nueva prestación en nuestra consulta, dada la cantidad de llamadas teléfono. Que tenemos a lo largo de todos los días para consultas de tratamiento.

El paciente es seleccionado en consulta médica ó de enfermería, se le proporciona el teléfono. Y el horario que puede llamar, de momento hemos abierto los jueves de 12 a 13 horas.

Bibliografía:

- 1 **Diagnósticos de Enfermería**, L.J. Carpenito: 5ª edición, Interamericana
- 2 **Planes de cuidados de Enfermería**, A.M.: 1ª edición: Agosto 1996.
- 3 **NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definición y clasificación 2005-2006**. Madrid; Elsevier; 2005.
- 4 **McCloskey, J. y Bulechek, G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)**. 4ª ed. Madrid; Elsevier; 2005.
- 5 **Johnson, M.; Maas, M. y Moorhead, S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)**. 3ª ed. Madrid; Harcourt; 2005.
- 6 **Mota López, P. y Carretero Hernandez, G. Manual de la consulta de Enfermería Dermatológica CEDER**. 1ª ed. Wyeth Farma. 2007.

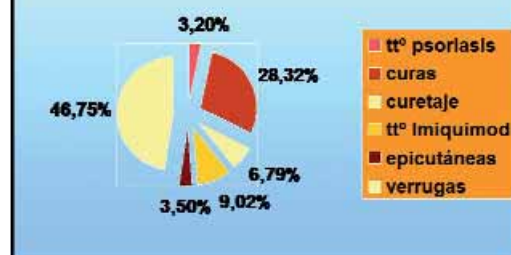
Altas

El médico lo especifica en la ficha informática, cuando se ha resuelto el proceso, ó valoramos que el paciente es autónomo que comprende bien el tratamiento y lo cumple. En algunos casos entregamos cuidados por escrito, cuando lo vemos necesario informe, se les dice que si van a la consulta de enfermería de Atención Primaria (AP) se lo enseñen a la enfermera, este queda reflejado en su ficha de historias clínicas y desde Atención Primaria (AP) pueden acceder a el. En todos los casos, les explicamos cuidados de forma clara y con palabras que ellos puedan entender.

Resultados

Presento la actividad de nuestra consulta durante los 2 últimos años. 2006-2007.

PACIENTES EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA 2007



Se han visitado 1003 y 1031 respectivamente de los cuales.

- Tratamientos Biológicos: 10-25 (+15).
- Control de tratamientos Psoriásicos: 18-33(+15).
- Pruebas Epicutáneas: 58-36 (-22).
- Mollusco contagioso (curetaje): 38-70 (+42).
- Inmunomoduladores (Imiquimod): 93-100 (-7).
- Curas: 240-292 (+52).
- Tratamientos Tópicos: 482-582 (-100).

Conclusiones

- El cambio de los objetivos con el paso del tiempo, nos demuestra la evolución de la consulta, y la mejora de nuestra actividad, más orientado a la mejora del paciente y dar una atención más integra y completa según sus necesidades.
- Hemos comprobado a lo largo de estos años que los avances constantes en Dermatología, y por tanto en la consulta médica, incide directamente en la CEDER.

Para terminar diremos que las enfermeras:

Curamos cuidando, y si en algunas patologías no es imposible "mejoramos su calidad de vida".

Aplicación de un apósito modulador de las proteasas en la cicatrización por segunda intención de heridas quirúrgicas tras implantación de malla sintética abdominal no absorbible

La utilización de mallas sintéticas en la resolución quirúrgica de hernias o eventraciones abdominales es una técnica frecuente que utilizan los cirujanos⁽¹⁾. Algunos pacientes por sus características personales, por las circunstancias que han rodeado el acto quirúrgico o por la exigencia de la técnica a realizar presentan una evolución tórpida hasta la cicatrización completa. Estos pacientes pasan a recibir los cuidados en atención primaria por parte de su enfermera hasta recibir el alta.

Introducción

En nuestro Centro de Atención Primaria desarrollamos un protocolo para la prevención y tratamiento de heridas, lo cual mejoró la calidad de nuestros cuidados y la satisfacción de pacientes y profesionales. Esta sistematización de los cuidados y su registro nos ha permitido realizar el siguiente trabajo. Exponemos el seguimiento hasta la resolución de dos pacientes a los que su cirujano aplicó una malla sintética para resolución de eventración secundaria a cirugía previa.

Caso clínico 1

Mujer de 73 años, diagnosticada de eventración abdominal secundaria a cirugía por colecistectomía. Por lo que fue intervenida para la aplicación de malla sintética con el fin de reforzar la pared abdominal, presentaba hipercolesterolemia, no hipertensión arterial ni diabetes mellitus, no hábitos tóxicos.

Otros datos: hemograma dentro de la normalidad así como el hierro sérico 6.3µd/dL y las proteínas totales 7.0 d/dL (6.3-8.5).

La paciente fue remitida por su cirujano para su seguimiento con pauta el día 23 de diciembre 2005, presentaba una herida quirúrgica a la que se le había retirado la sutura, en tres áreas en que se observaba dehiscencia de los bordes y el lecho de la lesión presentaba esfácelos y exudado seroso abundante. La paciente había sufrido en la intervención una pequeña hemorragia relacionada con una de las zonas de inserción de la malla y fue remitida con una pauta de seguimiento de curas.

En la primera visita se había realizado encuesta nutricional en las 24 horas anteriores y frecuencia semanal de alimentos. También se evaluó el dolor en la paciente mediante escala de puntuación numérica tipo Liker, en todas las visitas, con valores entre 6-7. A finales de enero 2006 ante la evolución de la herida, de las tres lesiones la superior y de menor tamaño se había resuelto, la paciente nos comunica la propuesta de su cirujano de una posible intervención para limpieza de bordes y sutura. En este momento proponemos a éste un tratamiento alternativo que cirujano y paciente aceptaron, por lo que se inició tratamiento.

Se inicia tratamiento con limpieza con suero fisiológico isotónico al 9%, retirada de esfácelos y malla de carbón activado, se realizaron curas según cantidad de exudado cada 24/48 horas. Su evolución fue favorable, reduciéndose el exudado y observándose tejido de granulación en el lecho de la herida. Posteriormente hacia las 3 semanas, el 17-02-06 iniciamos tratamiento con un apósito modulador de proteasas (Promogran).

Se siguieron las recomendaciones previas de utilización de este apósito de colágeno y celulosa oxidada regenerada, como son, la limpieza de la herida con agua destilada, protección de la piel perilesional con apósito barrera en spray, aplicando éste en el lecho lesión. Se realizó una primera revisión a las 48 horas, ya que el apósito no se retira, pasando posteriormente a realizarlos cada 72 horas. Se registraron los siguientes parámetros de cada lesión.

Lesión superior (L_1s) y lesión inferior (L_2i): superficie, volumen, tipo de tejido, exudado y piel perilesional, cuyos datos aparecen en la tabla 1.

La evolución de las heridas fue buena, no apareciendo complicaciones, salvo un ligero eritema que controlamos con el apósito protector barrera.

A las 4 semanas las lesiones habían cicatrizado. La paciente mostró que esta era la mejor opción terapéutica, por la evolución de las heridas, su tolerancia y la accesibilidad a los cuidados recibidos por cercanía a su domicilio.

A. Herranz Mallebrera y
M.S. Garrigues Laforte,
Enfermeras A. Primaria,
Departamento 5 Valencia.

Teléfono 630 137 878.



Caso clínico 1. Tabla 1

	L_1s 17-02-06	L_2i 17-02-06	L_1s 24-02-06	L_2i 24-02-06	L_1s 2-3-06	L_2i 2-3-06	17-03-06
Superficie	3,1 x 2 = 6,2 cm.	3,5 x 3 = 10,5 cm.	2,4 x 1,2 = 2,88 cm.	2,6 x 2,6 = 6,76 cm.	1 x 0,5 = 0,5 cm.	2 x 2 = 4 cm.	cicatrización resolución
Volumen	6,2 x 1,7 = 10,54 cc.	10,5 x 2 = 21 cc.	2,88 x 1,2 = 3,5 cc.	6,76 x 0,7 = 4,73 cc.	0,5 x 0,7 = 0,35 cc.	4 x 0,5 = 2 cc.	
Tipo de tejido	granulación	granulación	granulación	granulación	granulación	granulación	
Exudado	escaso	escaso	escaso	escaso	nulo	nulo	
Pielperilesional	íntegra	ligero eritema	íntegra	ligero eritema	íntegra	íntegra	

Caso clínico 2

Presentamos a un hombre de 67 años, diagnosticado de litiasis renal con antecedentes de cirugía abdominal previa por oclusión intestinal secundaria a cirugía renal hace años. No presenta otras patologías, no hábitos tóxicos, alimentación saludable y equilibrada, no sigue tratamiento farmacológico y última analítica previa a cirugía con cifras dentro de la normalidad.

El paciente llegó remitido por su cirujano tras intervención para inserción de malla sintética, presentaba una herida abierta de 8 cm. que correspondían a una incisión en el límite inferior del hipocondrio derecho. Como antecedente del proceso tras la intervención hacia 10 semanas en la resolución de la herida quirúrgica se había producido una invaginación con solución de continuidad y eritema perilesional, lo que llamamos un cierre en falso y su cirujano decidió realizar una incisión para liberar los bordes de la cicatriz retraída.

En el momento que el paciente fue incluido en nuestro protocolo la descripción era, herida longitudinal con dos trayectos de aproximadamente 6 cm. en dirección transversal con respecto a la incisión, tejido de granulación en lecho de la lesión, exudado moderado. Por todo ello se inició tratamiento para cicatrización por segunda intención con pauta con mechado de hidrofibra de plata.

En este momento el cirujano informa al paciente de la posible opción terapéutica quirúrgica para la retirada de la malla sintética, esto nos hizo plantear nuestra opción de tratamiento con un apósito modulador de las proteasas.

Se inicia pauta con recomendaciones, en primer lugar se aplica durante dos semanas un apósito de hidrofibra de hidrocoloide con Ag con el fin de reducir la carga bacteriana, la piel perilesional presentaba un ligero eritema por lo que utilizamos crema corticoide. A los 14 días el 24-04-08 se inicia tratamiento con apósito modulador proteasas (Promogran) con pauta limpieza con suero fisiológico isotónico 9%, el apósito se introducía en la herida y se humedecía por agua destilada. Establecemos el seguimiento con curas cada 72 horas, controlando parámetros (tabla II) longitud, profundidad, lecho lesión, piel perilesional. También valoramos dolor, el paciente manifestó insensibilidad en la zona desde el primer momento.

En la evolución observamos una granulación en el lecho de la lesión con tejido de aspecto viable, el exudado fue moderado, la piel perilesional presentó un eritema persistente en todo el proceso. Las dimensiones de la herida fueron disminuyendo como se puede apreciar en la tabla 2, esta rapidez en su evolución impidió que los bordes se invaginaran. A las 7 semanas observamos cicatrización completa.



Caso clínico 2. Tabla 2

Descripción de la herida	10-04-08	24-04-08	02-05-08	15-05-08	04-06-08
Longitud	8 cm.	6 cm.	5 cm.	3,5 cm.	cicatrización
Profundidad	9 cm.	8 cm.	7 cm.	5 cm.	
Exudado	moderado	moderado	moderado	escaso	
Pielperilesional	intacta	eritema	eritema	eritema	
Lecho lesión	Se aprecia malla	Se inicia pauta con Promogran			

Discusión

En la cicatrización de heridas por segunda intención o heridas crónicas van a intervenir varios factores. En primer lugar, los propios de la evolución de la herida crónica y en segundo, los que producidos por la manipulación en su seguimiento⁽²⁾. En el caso específico de las heridas quirúrgicas tras la aplicación de mallas sintéticas no reabsorbibles, éstas pueden producir reacciones locales leves, como son fibrosis, inflamación y dolor, que añadidas al proceso de resolución ya de por sí enlentecido hacen que este sea más compleja. En ocasiones son heridas quirúrgicas que presentan infecciones que pueden afectar a grandes extensiones de tejidos.

En la cicatrización por segunda intención en heridas en las que se ha producido una pérdida importante de tejido, éstas requieren de la formación de una matriz nueva, que reemplace el tejido original para facilitar la epitelización. En el exudado de estas heridas se han observado niveles elevados de proteasas que parece intervienen en el proceso de cicatrización, enlenteciéndolo. El Promogran, es un apósito con matriz de colágeno y celulosa oxidada que está regenerada y que modula la presencia de

proteasas en el lecho de la herida facilitando su evolución. Al utilizar este apósito que en contacto con el exudado forma un gel biodegradable que inhibe la acción de las metaloproteasas y a su vez protege otros factores de crecimiento naturales de la herida, se facilita la evolución hasta la epitelización.

Conclusiones

Ambos pacientes presentaron heridas con cicatrización por segunda intención, se trata de heridas quirúrgicas tras implantación de malla sintética abdominal no absorbible, este tipo de lesiones presentan un enlentecimiento que puede alargar la cicatrización por encima de las 3-4 semanas y que unido a otros efectos secundarios de las mallas sintéticas, como son la fibrosis pueden producir fuerzas de tracción en los bordes de la herida que dificultaran las aproximación de estos en la forma deseada. Por todo lo anterior pensamos que la utilización de un apósito modulador de las proteasas ha producido una respuesta de regeneración en la herida muy buena, al igual que sucede en otros tipos de lesiones crónicas desvitalizadas⁽³⁾ lo que sin duda ha facilitado su resolución.

Bibliografía:

- 1 Acevedo, A. Mallas sintéticas Irreabsorbibles: Su desarrollo en la cirugía de las heridas abdominales. Rev Chil Cir.2008 (60)5(457-464).
- 2 Soldevilla, J. y Torra, J. Atención Integral heridas crónicas. 2004 SPA.
- 3 Lazaro-Martinez, JL.; Garcia-Morales, E.; Benoit-Montesinos, J. et al. Clr. Esp. 2007; 82 (1): 27-31.

Asociaciones de pacientes

Si siguiendo al línea de difusión de información, quisiera referirme en este número al movimiento asociativo tanto de pacientes como de familiares, por la enorme repercusión que están teniendo en la difusión de información (dan a conocer a la sociedad determinadas enfermedades poco conocidas), en la educación sanitaria tanto a los pacientes como a sus familiares (ponen a disposición de los afectados información clínica no siempre de fácil acceso, promueven actividades con otros afectados, implican a profesionales...), en el desarrollo de nuevas líneas de investigación (promoviendo campañas de captación de fondos, tanto privados como de instituciones públicas) y sobre todo haciendo presión sobre las administraciones sanitarias para que se dediquen recursos a mejorar todo lo relacionado con estas patologías; aspecto especialmente importante, cuando se trata de patologías muy específicas y que además afectan a un número no muy elevado de pacientes, por lo que en muchos casos, será quizás este aspecto uno de los que mueva a estos colectivos, pues aquí, los recursos disponibles, tanto de apoyo a pacientes y familiares, como los propios destinados a investigación, suelen ser mucho más limitados.

Otras consideraciones a tener muy en cuenta son la propia necesidad de estos colectivos, de implicarse en la toma de decisiones a nivel de política sanitaria, tanto en lo que refiere a la accesibilidad de los afectados, como en lo concerniente a la implicación de los pacientes en la propia toma de decisiones clínicas sobre su patología y los tratamientos a administrar y de una forma mucho más general, en hacer respetar los derechos de los pacientes. Un paciente bien informado está en disposición de poder afrontar de una manera más activa, toda la problemática que le puede suponer su enfermedad y de potenciar aquellos aspectos o facetas que pueden verse más afectados, e incluso de comprender y aceptar todas aquellas manifestaciones o limitaciones a las que puede verse sometido.

Algunas de las leyes en las que han tenido bastante influencia este tipo de asociaciones, son la Ley sobre el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica, la Ley de autonomía del paciente, la Ley sobre el derecho a la información y

el acceso a la documentación clínica, o la Ley de voluntades anticipadas.

En esta línea, ya en el año 2003 tuvo lugar en Barcelona una reunión en la que participaron profesionales de la salud y representantes de organizaciones y asociaciones de pacientes y usuarios de toda España; de ella nació la **Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes**, que se resume como el **Decálogo de los Pacientes** (accesible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/dbcn/>).

- 1. Información de calidad contrastada respetando la pluralidad de las fuentes:** La información ha de ser de calidad y en un lenguaje inteligible y adaptado a la capacidad de comprensión de los pacientes.
- 2. Decisiones centradas en el paciente:** Las decisiones han de estar guiadas por el juicio clínico (mejor conocimiento científico disponible), pero sin olvidar la voluntad del paciente y sus preferencias sobre calidad de vida.
- 3. Respeto a los valores y a la autonomía del paciente informado:** Facilitar la máxima adecuación entre las opciones elegidas y las deseadas por los pacientes correctamente informados.
- 4. Relación medico-paciente basada en el respeto y la confianza mutua:** Basada en el respeto y la confianza mutua.
- 5. Formación y entrenamiento específico en habilidades de comunicación para profesionales:** Favorecer que se produzca una relación-comunicación médico-paciente más simétrica y satisfactoria para los pacientes.
- 6. Participación de los pacientes en la determinación de prioridades en la asistencia sanitaria:** Participación activa.
- 7. Democratización formal de las decisiones sanitarias:** Promover un sistema sanitario centrado en los pacientes.
- 8. Reconocimiento de las organizaciones de pacientes como agentes de la política sanitaria:** Facilitar la implantación de las leyes aprobadas y fomentar una mejor comunicación entre sociedades científicas, Administraciones Sanitarias y los pacientes individuales.

Luis Arantón Areosa.
Enfermero.
Supervisor de Calidad.
Área Sanitaria de Ferrol
(A Coruña).

Correspondencia:
luaranton@gmail.com

9. **Mejora del conocimiento que tienen los pacientes sobre sus derechos básicos:** Información y conocimiento acerca de los derechos, facilitada por los profesionales de la salud.

10. **Garantía de cumplimiento de los derechos básicos de los pacientes:** Garantizar la correcta implementación de los derechos de los pacientes y la evaluación de su cumplimiento dentro de las estrategias de evaluación de la calidad asistencial.

Por lo tanto, existen múltiples asociaciones de ámbito autonómico, nacional e internacional, e incluso entidades que promueven su interrelación y a su vez la relación con otras asociaciones de profesionales sanitarios; tal es el caso de **Webpacientes** (Imagen 1), desde donde podremos acceder a normativa (tanto autonómica, como nacional), actividades, publicaciones o testimonios; cuentan además con una revista propia “**ePacientes**”, que constituye un órgano más para la difusión de información. En esta Web disponen de un buscador de asociaciones de pacientes por patologías. Centrándonos ya en asociaciones relacionadas con la enfermería dermatológica, me gustaría dar a conocer y analizar en este número (en sucesivas entregas hablaremos de alguna otra), las páginas Web de dos asociaciones de pacientes: La Asociación de Epidermolisis Bullosa (A.E.B.E.) y Acción Psoriasis.

1. **La Asociación de Epidermolisis Bullosa (A.E.B.E.)** (Imagen 2), es una asociación de autoayuda, formada por pacientes de Epidermolisis, familias y amigos, cuyo principal fin es apoyar y ayudar a enfermos de Epidermolisis Bullosa (E.B.) y sus familiares. Para ello lleva a cabo una serie de actuaciones como informar y asesorar sobre aspectos de la enfermedad, publicar materiales de información (folletos, revistas...), fomentar estudios y difundir los avances, organizar y participar en campañas de sensibilización, promover intercambio de experiencias entre afectados (jornadas de convivencia), etc.

Como seguramente todos conocéis, la Epidermolisis Bullosa es un grupo de enfermedades genéticas de la piel, cuya característica principal es la formación de ampollas tras el más mínimo roce o sin roce aparente. Los enfermos de E.B. tienen la piel tan frágil como las alas de una mariposa, por eso los niños que la padecen son conocidos como niños mariposa. Hay tipos en que la fragilidad de la piel se limita a zonas específicas y otras en las que se ve afectado todo el cuerpo, pero a pesar de que los síntomas de la E.B., son más visibles en la piel, en determinados tipos de Epidermolisis, también pueden aparecer ampollas en otras zonas, como en la boca pudiendo restringir su apertura, o en la garganta. Pueden verse afectadas otras zonas mucosas, incluyendo los ojos, el esófago, intestino y las vías respiratorias y urinarias.

Desde su Web se puede acceder a mucha información sobre la enfermedad y sus consecuencias, pero cabe destacar la promoción de un proyecto social “único”, se trata del “**Hogar piel de Mariposa**”, dirigido a proporcionar un hogar y apoyo específico a las familias, cuyos pacientes tengan que ingresar en el Centro Internacional de Referencia de La Paz, en el Hospital Infantil La Paz de Madrid (información accesible desde: <http://www.aebe-debra.org/presentacion1.ppt>).



Imagen 1: <http://www.webpacientes.org/2005/>

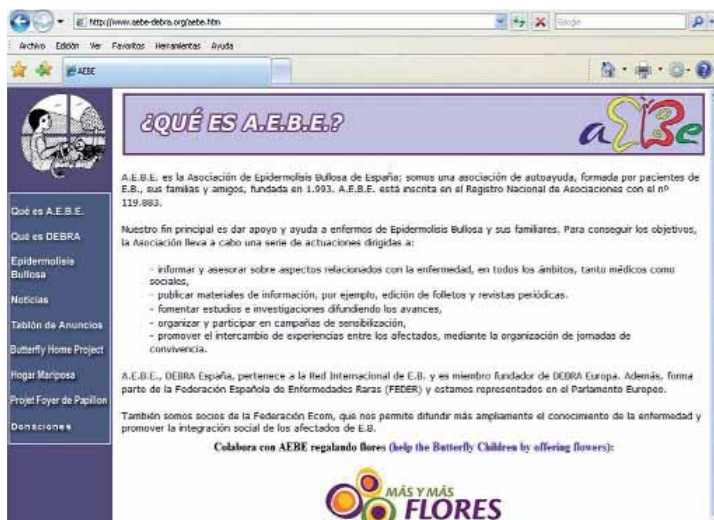


Imagen 2: <http://www.aebe-debra.org/aebe.htm>



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

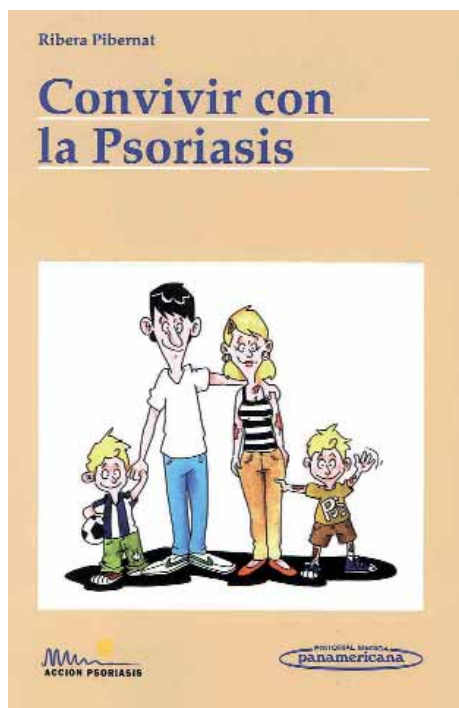


Imagen 4: Portada del libro "Convivir con psoriasis".

2. Acción Psoriasis (Imagen 3): Corresponde a la asociación de afectados de psoriasis. Su afán es principalmente de fuente de comunicación para información sobre la enfermedad y los derechos como pacientes, de unir esfuerzos para conseguir una mayor atención y cobertura a sus necesidades, recibir información actualizada de tratamientos, investigaciones..., asistir a conferencias, charlas con profesionales para aclarar dudas, participar de actividades, grupos de ayuda, además de prestar ayuda a otros afectados y sus familias. Desde su Web, se puede acceder a interesante información (noticias, preguntas, tratamientos...), hacerse socio o hacer un donativo; también disponen de un foro de opinión moderado por un miembro de la asociación, afectado de psoriasis, desde el que promueven la participación y el intercambio de experiencias (accesible desde: <http://es.groups.yahoo.com/group/psoriasis/>); y de un Blog (accesible desde: <http://accionpsoriasis.blogspot.com>), del que, además de la información sobre eventos, noticias o videos divulgativos, me gustaría destacar, la información sobre la publicación del libro "Convivir con la Psoriasis" (Imagen 4), con acceso libre a parte de su contenido (información accesible desde: <http://accionpsoriasis.blogspot.com/2008/07/nueva-publicacion-sobre-psoriasis.html>)

Para finalizar y como fiel defensor de la libre circulación de contenidos por Internet y la gratuidad de los mismos, me gustaría hacerlos partícipes de una campaña contra el canon digital (tabla 1) que se ha implantado en España, en concepto de compensación por copia privada, por si consideráis oportuno sumaros a ella. Disponéis de más información, con análisis minucioso de la ley, valoraciones desde múltiples ámbitos, comparativas con otros países y forma de protestar contra este abuso, en el enlace: <http://www.todoscontraelcanon.es> (Imagen 5).

Espero que la sección os haya resultado interesante. Agradecería, como siempre, que me hicieseis llegar sugerencias sobre nuevos contenidos que os gustaría que se abordasen en Derm@red (luaranton@gmail.com).

Tabla 1: Impacto del canon digital

En 2008 se aprobó definitivamente el reglamento de la reforma Ley de Propiedad Intelectual que grava con un Canon todos los dispositivos y soportes electrónicos con capacidad para grabar (cd, discos, memorias, teléfonos,...) con independencia de quien los use y de para qué se usen en favor de entidades privadas de gestión de derechos.

PRODUCTO	PRECIO	CANON	INCREMENTO	PRECIO FINAL SIN IVA
Impresora Multifunción	56,94	7,995	14 %	64,89 €
Escáner de sobremesa	58,53	9	15,3 %	67,83 €
Impresora color (CHORRO DE TINTA)	39,75	13	32,7 %	52,75 €
Disco Duro interno 80 GB	26,41	12	45,4 %	38,41 €
Grabadora de CD	20,83	3,4	16,3 %	24,23 €
Mp3 básico (SIN MEMORIA INTERNA)	13,75	3,4	24,7 %	17,15 €
Tarjeta de memoria 128 MB	3,05	0,3	9,8 %	3,35 €
Teléfono móvil	72,74	1,1	1,5 %	73,84 €
Pack de 100 CD (PRECIO POR UNIDAD)	0,387	0,17	43,9 %	0,5574 €
Pack de 25 CD grabables	1,056	0,22	20,8 %	1,276 €
Pack de 10 dvd (PRECIO POR UNIDAD)	1,057	0,44	41,6 %	1,497 €

Se han omitido los nombres de marcas comerciales.

Fuente: <http://www.todoscontraelcanon.es>



Imagen 5: <http://www.todoscontraelcanon.es>

Protocolo aplicación crioterapia



Cryac.



Aplicación Crioterapia.

Es la aplicación de frío de una forma controlada para destruir tejidos de lesiones en la piel tanto benignas como malignas. Es una técnica poco traumática.

Objetivos

Destrucción de lesiones cutáneas, por mediación de una necrosis celular por quemadura por frío de los tejidos:

- Lesiones Precancerígenas.
- Lesiones Cancerígenas.
- Lesiones benignas.

Equipo

- Nitrógeno líquido.
- Termo contenedor (CRY-AC).
- Terminales para su aplicación (agujas, conos, cilindros, etc).

Material

- Hoja informativa al paciente.
- Consentimiento informado del paciente.
- Solución salina.
- Solución de agua sulfatada al 1 x 1000.
- Gasas estériles.
- Guantes no estériles.
- Esparadrapo hipoalérgico.

Procedimiento

- Lavado de manos.
- Colocación de guantes no estériles.
- Limpieza de la zona con solución salina.
- Secado de la solución salina.
- Colocación del terminal a una distancia de 1 a 1'5 cm. de la lesión.
- Pulsar el dispensador del nitrógeno líquido.
- Mantener el pulsador hasta que aparezca un halo blanco (signo de congelación).
- Repetir dos o tres veces según patología o lesión a tratar.
- Drenaje de vesículas serosanguinolentas a la 24 h.
- Fomentos con agua sulfatada al 1 x 1000.

Observaciones

- Puede presentar ligeras molestias en el momento de la aplicación, como son escozor y quemazón.
- Observar la sobreinfección y en tal caso realizar cura antiséptica.