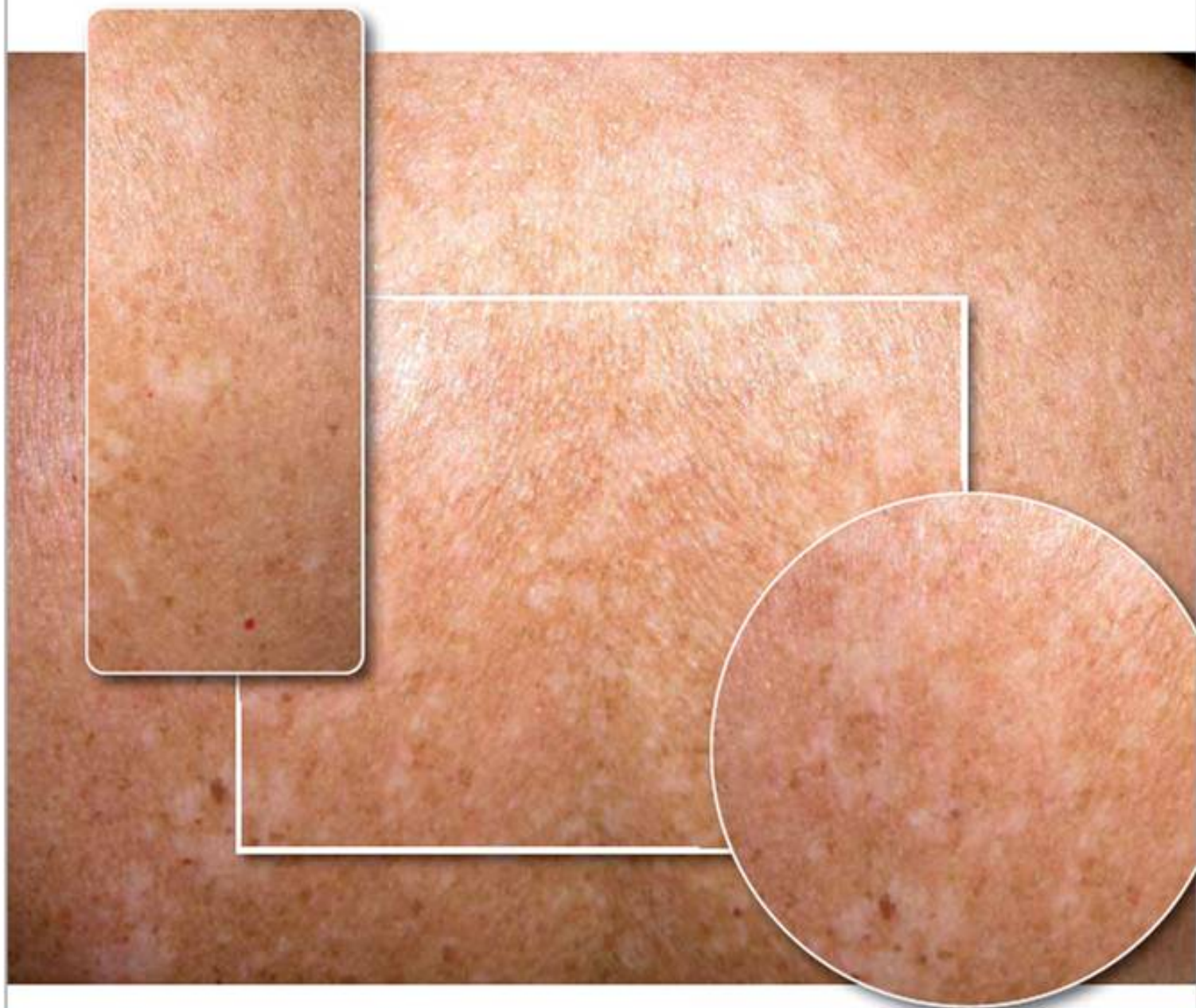


ENFERMERÍA
dermatológica
ANEDIDIC
www.anedidic.org



número **05**
año 2 • julio-agosto-septiembre 2008

Cuidados de la piel irradiada

La radioterapia (RT) es una técnica de tratamiento del cáncer con radiaciones ionizantes. Son similares a los rayos X pero con más energía, de modo que reaccionan con los tejidos del cuerpo destruyendo el ADN de las células que se están dividiendo, como es el caso del cáncer. La dosis prescrita se administra, habitualmente fraccionada en sesiones diarias, 5 días por semana durante varias semanas. La RT es un tratamiento local cuyo efecto se limita a la zona donde se aplica y que reacciona según los órganos que se irradian. Inicialmente el paciente no percibe ningún efecto, éstos surgen lentamente a partir de varias sesiones y pueden mantenerse al finalizar el total de las sesiones previstas.

La piel se ve implicada en todos los tratamientos administrados, ya que los haces de radiación deben pasar a través de la superficie cutánea. La RT sólo puede afectar la piel del área tratada. La toxicidad cutánea radioinducida se denomina radiodermatitis. Es un problema clínico común que afecta a más del 95 % de los pacientes sometidos a RT. Las alteraciones cutáneas son debidas a los efectos de la radiación sobre las células de crecimiento rápido de la capa basal de la epidermis y de la dermis. La intensidad de la reacción depende de varios factores como: el tipo de radiación, la dosis total y la dosis por fracción, el área anatómica del tratamiento, la administración de quimioterapia y de las diferencias individuo-dependientes¹. Los cambios en la piel irradiada pueden afectar a la calidad de vida de los pacientes provocando molestias, irritación, dolor, quemazón y prurito. Los pacientes pueden tener dificultades para

mantener su estilo de imagen personal con problemas para utilizar su ropa habitual o reacciones visibles para otros como la pérdida local del cabello y restricciones en la movilidad del área afecta. Cada vez es mayor el porcentaje de pacientes diagnosticados de cáncer que sobreviven y que requieren que el impacto de los tratamientos administrados, en los tejidos normales sea el menor posible.

Es necesario que el personal de enfermería tenga conocimientos acerca del manejo y valoración de las reacciones cutáneas producidas por la radiación. Los objetivos en el cuidado de las radiodermatitis incluyen mantener la integridad cutánea, limpieza, comodidad, reducción del dolor, protección de traumatismos, prevención y manejo de las infecciones y la promoción de un ambiente húmedo en la curación de heridas².

Anatomía de la piel

La arquitectura básica de la piel normal está constituida por dos capas la epidermis y la dermis. La epidermis asienta sobre la membrana basal que la separa de la dermis y se divide en deferentes estratos:

- Estrato basal: en ella se forman los queratinocitos y tienen capacidad mitótica, la cual se pierde a medida que se van diferenciando en el estrato espinoso. Los melanocitos son las células que sintetizan melanina y son los responsables de los diferentes tipos de pigmentación.
- Estrato espinoso: es la capa más gruesa de la epidermis. Los queratinocitos son empujados hacia la superficie por los que surgen en la capa basal.

A. González Sanchos.
Médico adjunto.

J. Buedo García.
Enfermero.

Servicio de Oncología
Radioterápica de Hospital
General Universitario-ERESA
de Valencia



Foto 1.

- Estrato granuloso: se caracteriza por densos gránulos citoplasmáticos.
- Estrato córneo: no está formado por células sino por restos de queratina intracitoplasmática.

Cuando las células de la capa externa se desprenden, son reemplazadas por células nuevas que se han diferenciado desde su producción en la capa basal. Esto provoca una renovación de toda la epidermis cada 3-4 semanas, que está influenciada por diferentes factores, incluyendo los factores patológicos³.

La dermis se localiza debajo de la epidermis y tiene un espesor que varía entre unos pocos milímetros hasta el centímetro. Contiene los microcapilares que nutren a la epidermis, siendo el tejido de soporte para la epidermis y para los anejos cutáneos. La porción de la dermis que contacta con la epidermis es la capa papilar. En ella se localizan tejidos como: los vasos sanguíneos, vasos linfáticos, nervios, folículos pilosos y tejido glandular. La porción más profunda de la dermis es la capa reticular que contiene el estroma formado por fibras elásticas y de colágeno.

Fisiopatología de la radiodermatitis

La radiación provoca daño en la piel debido a la producción de alteraciones en el ADN celular. Los tejidos compensan este daño mediante mecanismos de reparación del ADN y de proliferación celular. La piel por su elevada capacidad de renovación se considera un tejido de respuesta precoz a los efectos de la radiación. Las células de la capa basal por ser más indiferenciadas y con alta tasa de división son las más radiosensibles. Después de una dosis inicial de radiación, un porcentaje fijo de células basales son destruidas⁴. Las células restantes empiezan a cornificarse y se desprenden más rápidamente. Ésto conlleva la alteración del balance entre la producción normal de las células de la capa basal y la destrucción de las células de la superficie cutánea. Aunque las >>>



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

crystalmina

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

InfoSalvat
900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad

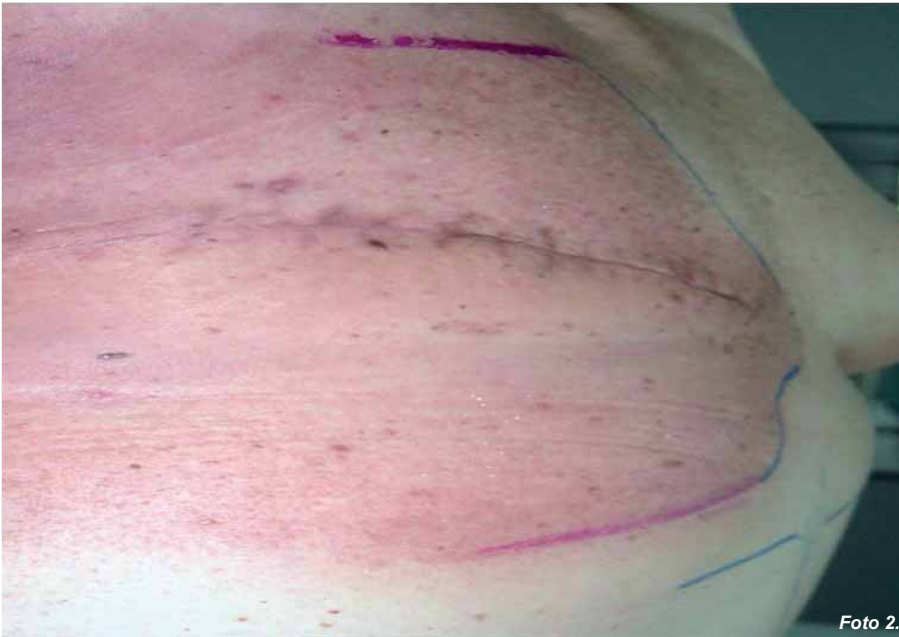


Foto 2.



Foto 2-2.

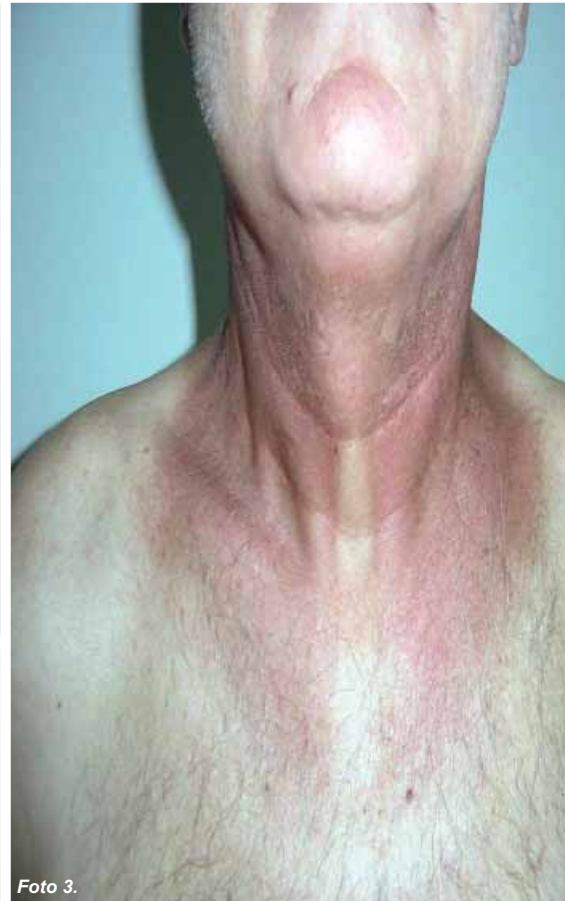


Foto 3.

células en reposo son estimuladas para entrar en fase mitótica, la continua destrucción de las células basales que ocurre desde el comienzo del tratamiento no permite compensar los efectos de la radiación. Además, una respuesta inflamatoria con secreción de histamina y serotonina provoca una respuesta vascular con daño en las células extracapilares y dilatación capilar.

Las reacciones precoces ocurren entre la primera y cuarta semana del tratamiento y pueden permanecer varias semanas tras finalizar el mismo. Aparecen gradualmente y van desde eritema y descamación seca hasta descamación húmeda y en casos severos, ulceración.

El eritema se produce por la dilatación de los capilares de la dermis acompañándose de edema por el aumento de la vascularización y obstrucción⁵. Puede aparecer el primer día del tratamiento y se delimita claramente localizado en el campo del tratamiento a las 2-3 semanas de iniciar el mismo. Entre las 2-4 semanas aparece hiperpigmentación cutánea producida por la migración de la melanina a las capas más superficiales de la epidermis².

La dermatitis seca ocurre por la disminución de la capacidad de las células basales para reemplazar las capas superficiales y por la disminución del funcionamiento de las glándulas sebáceas y sudoríparas. Aparece con una dosis acumulada próxima a 20 Gy. Las glándulas sebáceas y sudoríparas pueden ser destruidas permanentemente después de 30 Gy⁴.

La dermatitis húmeda se produce por el daño de las células extracapilares con incremento del flujo sanguíneo, hiperemia y edema a partir de los 45-60 Gy.

La ulceración cutánea y necrosis se puede producir cuando se superan los 60 Gy, provocando cicatrices atróficas permanentes. El crecimiento del pelo es interrumpido porque los folículos pilosos revierten a la fase de reposo de su ciclo celular y dejan caer los pelos nuevos. Vuelven a crecer aproximadamente 2 meses después del último día de tratamiento. La pérdida completa del pelo puede ocurrir cuando se supera la dosis de 55 Gy.

La reparación de los tejidos normales es el resultado de un mecanismo de autorregulación con reepitelización, proliferación y diferenciación de células desde la membrana basal y la migración de células epiteliales desde la piel no tratada de la periferia del campo de tratamiento. La reepitelización comienza, normalmente hacia los 10 días⁶. Algunos factores como la administración de quimioterapia concomitante con la RT pueden incrementar los efectos tóxicos sobre la piel por la destrucción de las células con elevado índice mitótico dificultando la fase de reepitelización.

Las complicaciones tardías aparecen tras un periodo variable de meses, incluso años, tras finalizar la RT, durante el cual la piel aparentemente es normal. Consisten en atrofia, telangiectasias, fibrosis subcutánea y necrosis. A nivel microscópico se observa atrofia, células atípicas, lesiones vasculares y exuda-



Foto 3-2.

dos de fibrina que llevan a depósitos de colágeno. Las telangiectasias son debidas al adelgazamiento de la epidermis acompañada de la dilatación de los vasos de la dermis. La fibrosis se produce por la induración, engrosamiento y edema de la dermis y el tejido subcutáneo, asociándose a zonas que presentaron previamente descamación húmeda. Cuando se sobrepasa la tolerancia de la piel se puede ocasionar la muerte de todas las células del estrato basal produciéndose una ulcera radionecrótica. Aunque, con las técnicas modernas de tratamiento la necrosis y ulceración cutánea son raras, éstas pueden ocurrir a los 2-3 meses de completar el tratamiento y se asocian normalmente, al daño de los tejidos blandos o a infección³.

Toxicidad cutánea radioinducida

El daño radioinducido comienza inmediatamente después de la exposición a la radiación, no obstante su manifestación clínica e histológica puede no ser evidente durante semanas, meses incluso años tras la exposición a la radiación.

La toxicidad se divide en aguda y crónica según el momento de aparición de los síntomas. Los efectos agudos son los observados durante o algunas semanas después de finalizar el tratamiento. La toxicidad tardía es la que se observa a partir de los 6 meses de finalizar la RT.

Toxicidad aguda

El eritema inicial aparece localizado en el campo de irradiación tras 2-3 semanas de tratamiento. Los pacientes describen sensación de hipersensibilidad y tirantez y la piel aparece roja y caliente. Posteriormente se percibe sequedad cutánea asociada a prurito e hiperpigmentación cutánea. Los daños en las células extracapilares incrementan el flujo sanguíneo, la hiperemia y el edema ge- >>>



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

dertrase[®]
POMADA

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



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

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

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

SALVAT
innovación y calidad



Foto 4.



Foto 4-1.



Foto 5.

Bibliografía:

- 1 Bostrom, A; Lindman, H; Swartling, C; Berne, B; Bergh, J. Potent corticosteroid cream (nometasone furoate) significantly reduces acute radiation dermatitis: results from a double-blind, randomized study. *Radiother Oncol* 2001; 59: 257-265.
- 2 McQuestion, M. Evidence-based skin care management in radiation therapy. *Semin Oncol Nurs* 2006 Aug; 22 (3): 163-73.
- 3 FitzGerald, TJ; Jodoin, MB; Tillman, G et al. Radiation therapy toxicity to the skin. *Dermatol Clin* 2008 Jun; 26 (1): 161-72.
- 4 Rattiff, C. Impaired skin integrity related to radiation therapy. *J Enterostom Ther* 1990;17:193-8.
- 5 Denham, JW; Hauer-Jensen, M. The radiotherapeutic injury - A complex "wound". *Radiother Oncol* 2002; 63:129-45.
- 6 Mendelsohn, FA; Divino, CM; Reis ED et al. Wound care after radiation therapy. *Adv Skin Wound Care* 2002; 15: 216-24.
- 7 Porock, D. Factors Influencing the severity of radiation skin and oral mucosal reactions: Development of a conceptual framework. *Eur J Care* 2002; 11: 33-43.
- 8 Herold, DM; Hanlon, AL; Hanks, GE. Diabetes mellitus: a predictor for late radiation morbidity. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1999; 43: 475-79.
- 9 Chan, BH; Loeffler, JS. The effect of non malignant systemic disease on tolerance to radiation therapy. *Oncologist* 2002; 7: 136-43.

nerando una depilación que conlleva mayor descamación e incluso exposición de la dermis, observándose eritema intenso con exudado y formación de costras⁴. Se asocia a dolor local.

Clasificación de la toxicidad aguda radioinducida:

Existen varios sistemas de clasificación de pero el más utilizado es el de la RTOG / EORTC (Radiation Therapy Oncology Group / European Organization for Research and Treatment of Cancer) y la clasificación del NCI (National Cancer Institute). Según la RTOG/EORTC, podemos clasificar la toxicidad aguda en:

- Grado 0: No síntomas. *Piel irradiada sin signos clínicos de dermatitis* (foto 1).
- Grado 1: Eritema ligero o descamación seca. *Eritema en la piel irradiada* (foto 2). *Eritema en la piel irradiada con áreas de descamación seca* (foto 2-2).
- Grado 2: Eritema vigoroso o moderado o descamación húmeda en parches limitada a zonas de pliegues y moderado edema con arrugas. *Dermatitis: Eritema vigoroso con descamación húmeda en parches* (foto 3).
- Grado 3: Descamación húmeda confluyente >1,5 cm de diámetro, no limitada a los pliegues; edema que deja fovea (foto 4 y 5).
- Grado 4: Necrosis de piel o ulceración de todo el espesor de la dermis; puede incluir sangrado no inducido por trauma menor o abrasión.

Toxicidad crónica

Los efectos aparecen tardíamente reflejando el daño a nivel del tejido vascular y conectivo. Puede observarse: alopecia, cambios en la pigmentación,

telangiectasia, atrofia, retracción de la piel, fibrosis y ulceración.

Clasificación de la toxicidad crónica radioinducida (RTOG / EORTC)

- Grado 0: Sin cambios.
- Grado 1: Atrofia leve, fibrosis leve, hiperpigmentación, pérdida de la grasa subcutánea. *Hiperpigmentación cutánea residual* (foto 6).
- Grado 2: Atrofia parcheada, telangiectasias moderadas, fibrosis moderada, contractura leve. *Toxicidad crónica grado 2 con telangiectasias* (foto 7).
- Grado 3: Atrofia severa, telangiectasias marcadas, induración severa, pérdida del tejido celular subcutáneo, contractura severa.
- Grado 4: Ulceración, necrosis.

Factores que influyen en el riesgo de toxicidad cutánea

Existen una serie de factores relacionados con el tratamiento como son: grandes volúmenes de tratamiento, altas dosis de irradiación, esquema de fraccionamiento, tratamiento concomitante con quimioterapia y tipo de energía utilizada.

Factores relacionados con el paciente:

- Estado previo de la piel con alteraciones de la integridad por cirugía previa o por otras causas.
- Área de tratamiento con epidermis más fina (mama, periné, axila, cara) o en contacto (mama, axila y periné).
- Tratamientos concomitantes con quimioterapia o con inmunosupresores.
- Comorbilidad asociada: diabetes, alteración del estado nutricional, exposición solar crónica del área irradiada, insuficiencia renal, etc.^{7, 8 y 9}.



Foto 5-1.

Fenómeno de rellamada:

Consiste en una reacción cutánea tardía localizada exactamente en el campo previo de irradiación que asemeja a la dermatitis aguda radioinducida. Se debe a un fenómeno de interacción entre la RT y diversos agentes quimioterápicos. No se conoce con exactitud ni la incidencia ni la etiología del mismo. Las biopsias de las zonas afectas tampoco aclaran su etiología. El tiempo de aparición desde el fin de la RT y la aparición del fenómeno varía enormemente (rango entre 7 y 840 días)¹⁰. No existen recomendaciones estándar sobre su manejo variando desde el uso de corticoides, antihistamínicos o actitud expectante.

Drogas asociadas:

- Citostáticos (Bleomicina, Fluoracilo, Tamoxifeno, Doxorrubicina, Paclitaxel, Docetaxel, Melfalan, Vinblastina, Etopósido, Metotrexate, Hidroxiurea, Actinomicina D, etc).
- Antibióticos como Cefotecan y Gatifloxacina.
- Tuberculostáticos.
- Otros agentes (luz ultravioleta, Interferon alpha-2b, Simvastatin).

Cuidados y prevención de las radiodermatitis

Existen una serie de medidas generales que deben hacerse a los pacientes desde el inicio del tratamiento. Estas recomendaciones van encaminadas sobre todo, a proteger la piel irradiada y preservar su integridad. Deben mantenerse mientras persistan los signos de radiodermatitis aguda o crónica. Son fundamentalmente:

- Hidratación cutánea adecuada con ingesta abundante de líquidos.
- Nutrición equilibrada para prevenir estados carenciales que repercuten negativamente a nivel cutáneo.
- Higiene adecuada de la piel^{11 y 12}. Es importante la higiene diaria para evitar que la piel se sobreinfecte.



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



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



Suave

Gran control del exudado

No se adhiere al lecho ulceral

Se adapta perfectamente al cuerpo del paciente

Info  **Salvat**

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com


SALVAT
innovación y calidad



Foto 6.

Bibliografía: continuación

- 10 Camidge, R; Price, A. Characterizing the phenomenon of radiation recall dermatitis. *Radiother Oncol* 2001; 59: 237-45.
- 11 Roy, I; Fortin, A; Larochelle, M. The impact of skin washing with water and soap during breast irradiation: a randomized study. *Radiother Oncol* 2001. 5:333-339.
- 12 Campbell, IR; Illingworth, MH. Can patients wash during radiotherapy to the breast or chest wall?. A randomized controlled trial. *Clin Oncol*. 1992. 4:78-82.
- 13 Bolderston, A; R.K.S. Wong. The prevention and management of acute skin reactions related to radiation therapy: a systematic review and practice guideline. *Support care cancer*. 2006. 14:802-17.
- 14 Bernier, J; Bonner, J; Vermorken JB et al. Consensus guidelines for the management of radiation dermatitis and coexisting acne-like rash in patients receiving radiotherapy plus EGFR inhibitors for the treatment of squamous cell carcinoma of the head and neck. *Ann Oncol* 2008; 19 (1):142-9.
- 15 Hensley, ML; Schuchter, LM; Lindley, C; et al. American Society of clinical oncology clinical practice guidelines for the use of chemotherapy and radiotherapy protectants. *J Clin Oncol* 1999; 17 (10): 3333-55.

- Ducha diaria con agua templada y jabón dermatológico neutro.
- Utilizar manopla suave desechable. No utilizar esponja.
- Secado de la piel del área del tratamiento sin frotar, con ligeros toques.
- Aplicar leche corporal hidratante después de la ducha y cuando aparezca sequedad cutánea.
- Evitar el uso de productos en la zona del tratamiento que puedan provocar una irritación cutánea tales como: perfumes, desodorantes, alcohol o aquellos que contengan elementos metálicos.
- No depilar ni afeitar el área de irradiación. Si fuera necesario, utilizar maquinilla eléctrica, nunca hoja de afeitar para evitar la producción de heridas.
- Evitar utilizar en la piel irradiada esparadrappo u otros adhesivos que puedan producir, al ser retirados, pérdida de la integridad cutánea.
- Proteger la piel tratada de la exposición directa al sol, viento y temperaturas extremas (por ejemplo: secadores de pelo, bolsas de hielo, compresas frías, etc.). Se recomienda el uso de fotoprotectores (SPF > 30) en las áreas expuestas de la piel irradiada³.
- Se recomienda el uso de ropa holgada, sin presiones directas que puedan provocar heridas en el área irradiada; de tejidos no irritantes, preferiblemente de fibras naturales como el algodón.

Tratamiento de las radiodermitis

Aparecen recomendados en la bibliografía gran variedad de cremas, lociones y ungüentos pero no existen ensayos aleatorizados con evidencia suficiente para demostrar el beneficio del uso de un producto sobre los otros. Tradicionalmente se evi-

taba su uso porque la adición de una capa de producto sobre la piel produciría un efecto bolus incrementando la dosis en la superficie cutánea, pero ésto quedo descartado desde que aparecieron los equipos de megavoltaje para administrar la RT¹³. Los tratamientos tópicos pueden mejorar la sintomatología y favorecer la curación. Según las características del área de la piel se requieren diferentes tipos de texturas (pastas secantes en zonas de pliegues cutáneos donde las reacciones cutáneas permanecen húmedas, gel en áreas seborreicas y cremas por fuera de los pliegues o de las áreas seborreicas)¹⁴. Los más empleados son:

- Los emolientes como la urea, el aloe vera, el ácido pantotéico, la avena proporcionan alivio sintomático y mejoran la calidad de vida de los pacientes, al evitar la descamación de la capa córnea de la piel por efecto oclusivo, pero no aportan hidratación a la piel. Se aconseja utilizarlos desde el primer día del tratamiento. Antiinflamatorios locales como la manzanilla y el aloe vera se han empleado para aliviar la sintomatología de las dermatitis grado 1.
- Los hidrogeles e hidrocoloides favorecen la cicatrización y protegen la piel. Estarían indicados en dermatitis húmedas. Se adaptan fácilmente a la anatomía y absorben la exudación que se produce.
- Los protectores de barrera como el sucralfato (sal de aluminio no absorbible) actúa mediante la unión a las proteínas de la mucosa formando una barrera mecánica. También posee acción cicatrizante estimulando el crecimiento celular al inducir la síntesis de prostaglandinas y del factor de crecimiento epitelial.
- El ácido hialurónico interviene en los procesos de cicatrización mediante la estimulación de



Foto 7.

granulocitos y fibrina y la proliferación de fibroblastos. Es un polímero natural que se encuentra en la dermis en condiciones normales.

- Los corticoides tópicos se emplean por su capacidad antiinflamatoria produciendo vasoconstricción, reducción de la permeabilidad vascular e inhibición de la migración de los leucocitos¹. La crema de hidrocortisona al 1% puede ser útil para reducir la irritación y el prurito³.
- Deben evitarse los productos tópicos grasientos porque inhiben la absorción del exudado de las dermatitis húmedas y favorecen la sobreinfección¹⁴.
- Cuando se requieran curas oclusivas evitar utilizar material adhesivo en la piel irradiada que pueda dañarla al ser retirado. Si es necesario utilizar adhesivos de silicona que no lesionan al despegarse ó tapar toda la piel irradiada pegando la parte adhesiva por fuera del campo de tratamiento en la piel no tratada.
- Realizar limpieza del área de dermatitis con suero sin frotar ni rascar la piel irradiada.
- Tratamiento ATB si se produce sobreinfección tras perder la integridad cutánea.
- Tratamiento con antihistamínicos si se produce prurito resistente. Evitar el rascado que puede producir heridas o aumentar la irritación cutánea.
- Está aprobado el uso de radioprotectores como la amifostina y la orgoteina. Los radioprotectores protegen a los tejidos normales de los efectos citotóxicos de la radioterapia. Se aconseja su empleo para prevenir la toxicidad aguda en los pacientes tratados por tumores localizados en cabeza y cuello¹⁵. Se necesitan ensayos aleatorizados para confirmar si su administración intravenosa es beneficiosa para prevenir la toxicidad aguda.
- Tratamiento quirúrgico para resolver las necrosis cutáneas radioinducidas. Los avances tecnológicos han hecho posible que hoy en día sean poco frecuentes, la mayoría de los casos descritos son de los años 70 o principios de los 80.



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 **S**alvat
900 80 50 60
infosalvat@salvatbiotech.com

S
SALVAT
innovación y calidad

Quemadura de I, II y III grado en mano: Cura tópica con aceite de oliva virgen

Con la realización de este trabajo pretendemos exponer los beneficios del uso del aceite de oliva en la curación de lesiones cutáneas por quemadura por llama de fuego. Presentamos un caso clínico de un paciente con quemaduras de 1º, 2º y 3º grado en mano, secuenciando mediante fotografías la evolución de las curas efectuadas hasta su restablecimiento.

Palabras clave: Quemadura, aceite de oliva virgen.

Introducción

La utilidad del uso del aceite de oliva a nivel sanitario no es algo novedoso, es el ingrediente fundamental y característico de la dieta mediterránea, beneficia de forma muy importante al organismo humano, hecho contrastado por numerosos estudios científicos, que han contribuido a su conocimiento y popularización en todo el mundo. Tras varios años de estudios, los eruditos concluyeron que el secreto de la dieta mediterránea radicaba concretamente en su producto estrella: el aceite de oliva.

La primera pista que despertó la curiosidad de los investigadores fue la longevidad de los habitantes de la cuenca mediterránea, que gozan de mayor esperanza de vida que en otros países desarrollados. El profesor asociado de Nutrición de la Universidad de Tufos, Boston (EEUU), José María Ordovás, presentaba en Madrid los resultados de un estudio realizado por dicha institución sobre los beneficios de practicar una alimentación sana.

Según Ordovás, el ácido oleico monoinsaturado, esto es, el aceite de oliva, previene la aparición de numerosas patologías, concretamente las enfermedades cardiovasculares, cáncer, retrasando el proceso de envejecimiento.

El aceite de oliva contiene en su composición un elevado porcentaje de ácido oleico (80%) que es monoinsaturado. Minoritariamente también aporta vitaminas A, E, esta última contrarresta las oxidaciones lipídicas y compuesto también por diversos polifenoles dotados todos

ellos de acciones antioxidantes (previenen el envejecimiento de todas las membranas celulares; es decir de arterias, músculos, piel y todos nuestros órganos internos).

Dicha utilización puede hacerse tanto en piel sana como lesionada al mismo tiempo que su uso puede ser solo o combinado con otros productos. En piel sana se viene utilizando como nutriente y como agente anti envejecimiento, confiriéndole con sus propiedades brillo, textura suave y elasticidad. En piel lesionada se utiliza como vehículo limpiador y/o arrastre, de detritus y restos orgánicos pues al tener gran viscosidad hace estas funciones sin dañar las heridas o lesiones y protegiendo al mismo tiempo la piel perilesional, sin producir maceración. Como última novedad, científicos del Centro Químico para los Sentidos Monell, de Filadelfia (EUA), han descubierto que el aceite de oliva virgen extra tiene una sustancia con propiedades antiinflamatorias. El director de la investigación, Gary Beauchamp, fue invitado a una cata de aceites en Sicilia. Al probar el virgen extra notó al final de la garganta la misma irritación que le causaba el ibuprofeno, un antiinflamatorio de uso común y decidió estudiar y comprobar las propiedades del aceite de oliva.

Los investigadores de este centro, que está especializado en el estudio de aquellas sustancias que dan sabor y olor a los alimentos, descubrieron una sustancia, que bautizaron como oleocantal, a la que atribuyeron las propiedades antiinflamatorias. Aspecto este que permite al profesional de Enfermería realizar curas menos dolorosas y más llevaderas para el paciente.

En el Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología del Hospital Universitario Princesa de España, hoy Hospital Neurotraumatológico del Complejo Hospitalario de Jaén, ha sido siempre una máxima, el empleo del aceite de oliva virgen extra en el tratamiento de lesiones cutáneas y muy concretamente en las quemaduras.

P.J. Carrillo León y
D. Espinosa Amate,
Enfermeras Hospital
Neurotraumatológico,
Complejo Hospitalario de Jaén.

Correspondencia:
pedrumabe@supercable.e



Foto 1.



Foto 2.



Foto 3.

La inmensa casuística barajada por el Servicio de Dermatología desde el 23 de Octubre de 1.974 hasta el 28 de febrero de 2.002, en que fue trasladado a otro hospital del Complejo Sanitario, nos avalan para demostrar de forma fehaciente las propiedades que el uso del aceite de oliva virgen extra tiene sobre la piel.

Estas propiedades ayudan notablemente a una rápida cicatrización, de una forma menos dolorosa y sobre todo a devolver a la zona cutánea lesionada la textura y elasticidad que tenía antes de sufrir la/s lesión/es.

En el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Princesa de España se realizaron en ese periodo de tiempo, unas 2.500 curas por año. De las cuales 863 fueron quemaduras de diversa etiología, extensión, profundidad y localización. En todas las quemaduras se utilizó aceite de oliva virgen extra, tanto para la limpieza como en la curación de las lesiones cutáneas.

Debemos tener en cuenta la disminución en el coste sanitario que supone el uso del aceite de oliva virgen extra, en el cuidado de la pérdida de la integridad cutánea, no solo por el precio del producto en sí, sino por el acortamiento en la curación de las lesiones con tratamientos tópicos cada 72 h., lo que conlleva el empleo de menor tiempo de enfermería. De esta manera prestamos al paciente unos cuidados de calidad en términos de eficacia, eficiencia y efectividad.

Protocolo y seguimiento de un caso práctico

Paciente varón de treinta años que presenta quemaduras por llama de fuego, en primer y segundo dedo de mano derecha, raíz de tercer dedo y parte del dorso de la misma mano. Nos viene remitido después de dos curas convencionales, con suero fisiológico, una pomada antibiótica, gasa vaselinada y apósito seco con vendaje en manopla con separación de dedos mediante gasa seca estéril serpenteada. (fotos 1 y 2)

Material:

- Aceite de oliva virgen extra (cuanto menos ácido mejor, acidez < 1°).
- Gasa vaselinada.
- Gasa estéril.
- Venda hilo no elástica.
- Instrumental de curas (pinza de disección, pinza de kochet y tijera).

La primera cura realizada (foto 3) comenzamos con un desbridamiento de toda la piel quemada y muerta, así como una limpieza exhaustiva con aceite de oliva en torunda de gasa estéril.

En la imagen (foto 4), se puede ver una vez que retiramos la piel quemada muerta, la verdadera extensión de la quemadura, así como su profundidad por grados, observamos en el dorso de la mano, pérdida de epidermis y de color rosado, que se corresponderían con quemaduras de primer grado.





Foto 4.



Foto 5.



Foto 5-2.



Foto 6.



Foto 7.



Foto 7-2.

Bibliografía:

- **García, A. Enfermería ante las Quemaduras.** Ponencias y Comunicaciones. I Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica. Valencia 1.992.
- **Piriz, R. y De la Calle, C. Actuación de Enfermería ante las Quemaduras en: Juan Carlos López Corral.** Actuación de Enfermería ante úlceras y heridas. Knoll. 1.993: 227-247.
- **García Torres, V. Quemaduras.** Tratamiento de urgencia. Duphar Farmacéutica S.A. 1.993.
- **Caballero, A.J. y Sánchez, M. Conocer a un Quemado Crítico.** Ponencias y Comunicaciones. II Congreso Nacional y I Internacional de Enfermería Dermatológica. Valencia 1.994.
- **Casamada, N. Quemaduras en: ¿Heridas Crónicas y Agudas? Úlceras, quemaduras y heridas agudas; 100 preguntas más frecuentes.** Editores Médicos S.A. Madrid 1.999.
- **Lachapelle, J.M. y colaboradores. Guía para el cuidado de las heridas.** Roesselare. Madrid 2.002.
- **Gómes, D.R.; Macieira, G. y colaboradores. Moderno tratamiento tópico de las quemaduras y utilización de antibioterapia sistémica.** http://www.medbc.com/meditline/review/raq/vol_15/num_2/text/vol115n2p25.htm. Consulta: 11/09/2.006.
- **Manual de Cirugía Plástica.** <http://www.secpre.org/documento%20%2091.html>. Consulta: 11/09/2.006.
- **Garrido, A.M.; Pinos, P.J. y colaboradores. Quemaduras.** <http://www.cirugest.com/revisiones/cir03-04/03-04-01.htm>. Consulta: 11/09/2.006.
- **Las Quemaduras.** <http://yahootelemundo.drango.com/enciclopedia/enciclopedia3.asp?pageid=PO4089>. Consulta: 11/09/2.006.

En primer dedo, en su parte dorsal, se evidencia una quemadura de segundo grado superficial, quemadura que también podemos observar en el pliegue interdigital entre el segundo y tercer dedo y en dorso de mano. Por último vemos unas zonas blanquecinas (blanco mármol) que se corresponderían con quemaduras de segundo grado profundo y tercer grado. Realizado el desbridamiento y limpieza de la quemadura procedemos a cubrir las quemaduras con gasa vaselinada cicatrizante (fotos 5 y 5-2). Posteriormente cubrimos con gasa estéril seca para evitar primero el riesgo de infección y segundo, nos ayude a empapar el drenaje propio de la quemadura. Por último (foto 6), vendamos con la técnica de guantelete indicándole al paciente que adopte posiciones antiedema así como que haga movimientos de dedos que también contribuirán a

disminuir el edema en caso de que exista. Realizada la cura se recomienda al paciente llevar el brazo en Cabestrillo. Al paciente se le cita a los cuatro días, ante la ausencia de infección en esta primera cura. A los cuatro días evaluamos y comenzamos la segunda cura. Una vez que quitamos el vendaje, exploramos minuciosamente las lesiones y comprobamos su estado, observando que la evolución ha sido muy buena (fotos 7 y 7-2). Volvemos de nuevo a limpiar con el aceite de oliva, detritus los restos de piel seca y muerta que encontramos, secando de manera suavemente, poniendo gasa vaselinada, gasa estéril seca, y por último el vendaje en guantelete (foto 8). A las 48 horas realizamos la tercera cura. Una vez retirados los vendajes, comprobamos que las zonas blancas mármol que corresponden a quemaduras de tercer grado, van reduciendo su extensión así



Foto 8.



Foto 9.



Foto 10.



Foto 10-2.



Foto 11.



Foto 11-2.

como su drenaje. Las quemaduras de segundo grado superficial y segundo grado profundo han experimentado una franca mejoría, y las de primer grado prácticamente han desaparecido (foto 9). De nuevo repetimos la cura haciendo una limpieza exhaustiva utilizando aceite de oliva y retirando todos los restos secos o quemados de piel. A las 72 horas hacemos la cuarta cura. Una vez descubiertas las quemaduras podemos ver que las quemaduras de tercer grado han desaparecido (foto 10). Continuamos con la misma metodología de trabajo, limpieza y retirada de detritus utilizando el material adecuado en cada momento. Concretamente en esta cura, para retirar la piel muerta del primer dedo que se ha tornado dura y gruesa utilizamos un bisturí nº 15 (fotos 10-2). Como podemos observar, la evolución es muy buena, el paciente expresa que no tiene dolor y que solo le molesta la sensación de tirantez. Citamos al paciente a los cinco días.

A los 15 días descubrimos la cura cerciorándonos de que la nueva piel, cubre ya por completo todas las lesiones. (fotos 11 y 11-2)

Conclusiones

Con este documento fotográfico, lo que pretendemos es dejar patente las propiedades científicamente demostradas que tiene el aceite de oliva, debido a su composición tanto cuantitativa como cualitativa, cualidades estas que, siendo debidamente utilizadas, suponen en la cura y cicatrización de lesiones cutáneas, un instrumento de incalculable valor para el profesional de Enfermería así como de óptimos resultados para el paciente.

Bibliografía: continuación

- **Quemaduras.** http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp_imagepages/1078.htm. Consulta 20/09/2.006.
- **Barroso Albarraçin, Juan Bautista. Propiedades antiinflamatorias de los nitroglícolos en el aceite de oliva.** <http://www.expoliva.com/expoliva2007/simposium/programaSAL.htm>. Consulta 12/05/2.007.
- **Quiles Morales, José Luis. Aceite de oliva y envejecimiento.** <http://www.expoliva.com/expoliva2007/simposium/programaSAL.htm>. Consulta 12/05/2.007.
- **Álvarez de Cienfuegos López, Gerardo. Aceite de oliva e infecciones bacterianas.** <http://www.expoliva.com/expoliva2007/simposium/programaSAL.htm>. Consulta 12/05/2.007.
- **Medina, E.; Romero, C.; y colaboradores. Actividad antimicrobiana del aceite de oliva.** <http://www.expoliva.com/expoliva2007/simposium/comunicaciones.asp?anio=2007&...> Consulta 12/05/2.007.
- **Rodríguez, G.; Rodríguez, R. y colaboradores. Actividad antioxidante de un nuevo fenol presente en el aceite de oliva (3,4 Dihidroxitfenilglicol) y del Hidroxitirosol, purificados a partir de un subproducto del aceite de oliva.** <http://www.expoliva.com/expoliva2007/simposium/comunicaciones.asp?anio=2007&...> Consulta: 12/05/2.007.
- **Warieta, F.; Ruiz-Mora, J.; Campos, M.; y colaboradores. Capacidad antiinflamatoria del Hidroxitirosol, componente minoritario del aceite de oliva virgen extra.** <http://www.expoliva.com/expoliva2007/simposium/comunicaciones.asp?anio=2007&...> Consulta 12/05/2.007.
- **Propiedades terapéuticas del aceite de oliva virgen.** http://www.dsalud.com/alimentacion_numero72.htm. Consulta 22/05/2.007.

Caso epidermolisis ampollosa en lactante



Foto 1.

La epidermolisis ampollosa es un grupo heterogéneo de enfermedades hereditarias de la piel, en la que aparece de forma de flictenas de forma espontánea o por traumatismos mínimos⁽¹⁾. Esto se debe a una mutación genética que provoca una alteración de las proteínas estructurales que mantienen la unión dermo-epidérmica, formando una ampolla subepidérmica, que facilita la aparición de cicatrices y retracciones de la piel.

Las características principales de esta enfermedad son, erupción de flictenas de contenido sero-hemorrágico, pudiendo afectar a mucosas, piel y uñas, presencia de sindactilias, piel seca, manos en garra con formación de muñones, enfermedades dentales. Otras complicaciones más graves son la sineniquia conjuntival, ronquera, estenosis esofágica, neumonía⁽³⁾.

La epidermolisis ampollosa afecta a ambos sexos por igual y a todas las razas, la frecuencia oscila entre 1 de cada 50.000 nacidos y la edad de aparición es en el nacimiento o la lactancia. Según el nivel dermo-epidérmico donde aparezca las flictenas, se clasifican en⁽²⁾:

- Epidermolisis ampollosa simple localizada la lesión en las células epidérmicas basales.
- Epidermolisis ampollosa juntural localizada en la lamina lucida de la unión dermo-epidérmica.
- Epidermolisis ampollosa distrófica localizada en la dermis por debajo de la lamina densa a nivel de las fibras de anclaje.

Un correcto diagnóstico de la variante de epidermolisis ampollosa determina un buen pronóstico de

la enfermedad, siendo la epidermolisis ampollosa distrófica la de peor pronóstico. Para un diagnóstico diferencial de las variantes, se utilizan diferentes métodos de diagnóstico anatomopatológico como, la inmunofluorescencia directa, microscopía electrónica, anticuerpos monoclonales. Además se debe de realizar un diagnóstico diferencial con, enfermedades ampollosas infecciosas el pénfigo vulgar, penfigoide, varicela bullosa....

En la actualidad no existe ningún tratamiento definitivo que controle totalmente la aparición de las ampollas, pero existen tratamientos encaminados a disminuir su aparición, la infección y mejorar la calidad de vida.

El caso que se presenta pertenece al grupo de epidermolisis ampollosa distrófica dominante, por lo tanto va requerir una serie de cuidados especiales para evitar sus complicaciones y no poner en riesgo la vida del paciente.

Presentación caso clínico

Recién nacido, tras 40 semanas de gestación según FUR, hija de madre de 24 años de edad, inmigrantes, con G₂ P₁ A₀, cuyo embarazo fue controlado y sin patologías. El bebe nace en un parto espontáneo, de presentación cefálica, con un apgar de 9/10.

Es ingresada en Neonatos por presentar flictenas en mucosa bucal, mejillas, y en área perioral (surco nasogeniano y mentón), en dorso mano, dedos índice, corazón (contenido sero-hemático) y abdomen. En ambas piernas presenta: P. derecha erosión desde rodilla hasta el

F. Palomar Llata, B. Fomes Pujalte, V. Lucha Fernández, V. Muñoz Mañez y P. Díez Fomes. Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas.

Enfermeras y auxiliares de Enfermería. Servicio de Neonatología.

A. de Moreta Mañes. Centro de Salud de Torrent. CHGUV, Departamento de Salud 9.

Correspondencia: ulceras_hgv@gva.es



Foto 2.



Foto 3.



Foto 4.



Foto 5.

pie en cara interna y afectación de todo el pie incluida la planta, en P. Izquierda la misma lesión desde la rodilla en su cara interna y afectación del empeine respetando la planta del pie, todas ellas de contenido seroso. Su peso al nacimiento fue de 3070 gr. (fotos 1,2,3,4,5).

La analítica al ingreso muestra Ho 56%, leucocitos 9700 (45%N, 43%L, 9,5%M), calcemia de 10,2^{mg/dl}, proteínas totales 6,6^{g/dl}, PCR 0,03^{mg/dl}. A las 24 horas de vida tras un nuevo control analítico se aprecia una leucopenia a 7000 y un ascenso de PCR a 7,5^{mg/dl}, se inicia antibioterapia con cloxaciclina y cefotaxima iv.

Durante su estancia, se practican diferentes analíticas, cultivos de ampollas y de catéter umbilical siendo negativos en todos, y sin hallazgos patológicos.

Dos días después del ingreso se le realiza una ECO-Abdominal donde se aprecia una discreta dilatación pielica bilateral, resto de sistemas sin alteraciones.

El diagnóstico clínico, valorado por el Servicio Dermatológico del Hospital General Universitario de Valencia, es de epidermolisis ampollosa distrófica dominante o síndrome de Bart. Se realiza biopsia (punch 2mm.), en el muslo derecho a los tres días, y a la espera del diagnóstico por inmunofluorescencia, se diagnostica de epidermolisis bullosa, en la que se observa al microscopio una ampolla subepidérmica con moderado infiltrado inflamatorio, polimorfonuclear y presencia de numerosos pelos vellosos en porciones basales del epitelio. Por lo tanto se desaconseja nutrición por sonda nasogástrica por las posibles lesiones mecánicas.

En los primeros tres días refluye de la boca contenido seroso amarillento que junto con las lesiones periorales, dificultan la alimentación oral y se instaura nutrición parenteral (umbilical). Esta situación se resuelve administrando ranitidina IV. Comienza la alimentación oral mediante goteo directo, y a las dos semanas de vida comienza a succionar en tetina blanda. El recién nacido se da de alta con un peso de 3620 gramos.

Durante toda la estancia hospitalaria, la Unidad de Enfermería dermatológica, úlceras y heridas junto con el personal de enfermería del servicio de Neonatos le realizan las curas c/48 h., siguiendo el protocolo de actuación de ANEIDIC⁽⁴⁾ y que se sigue en la Unidad de Enfermería Dermatológica del CHGUV: Para poder realizar las curas se administraba de manera intermitente analgesia con cloruro mórfico y paracetamol (prescrito por pediatras).

Material:

- Bata, guantes, mascarilla y gorro estériles.
- Gasas estériles.
- Instrumental estéril (portaagujas, punch, tijera, pinzas de disección sin dientes, seda 5/0).
- Clorhexidina 0'5% solución acuosa.
- Malla de silicona.
- Apósitos de espuma siliconada.
- Mupirocina pomada.
- Vaselina pomada.
- Productos barrera:
 - Copolímero acrílico + plastificante y solvente de silicona (hidrofóbico).
 - Crema de óxido de Zinc y sulfato de cobre. >>>



Foto 6-1.



Foto 6-2.



Foto 6-3.



Foto 7-1.



Foto 7-2.

- Ácidos grasos hiperoxigenados.
- Gasa de tejido sin tejer.
- Colchón de fibras de silicona.
- Sabanas de Quitina o Chitita.

El protocolo de actuación clínica y orientados con los diagnósticos enfermeros (NANA)^(6,6,7), las curas se realizan en su habitación de Neonatos. Una vez vestidos, preparada la camilla y la mesa (estériles), una enfermera (no estéril), colocaba en la mesa el material necesario para la cura.

El primer diagnóstico a tener en cuenta es el **Dolor agudo (00132)** RC tratamiento tópico de las lesiones y MP llanto, irritabilidad, gemidos...

Resultado: Nivel del dolor (2102)

- **Intervenciones: Manejo del dolor (1400):**
 - Observar claves no verbales de molestias.
 - Asegurarse de que el lactante recibe los cuidados analgésicos correspondientes, especialmente antes de los procedimientos dolorosos como las curas, el baño...
 - Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre el sueño y apetito del niño.
 - Proporcionar información a la familia acerca del dolor (causas, tiempo que durará...).
 - Desarrollar medidas que faciliten el alivio del dolor.
 - Evitar apósitos que se adhieran a la piel y que puedan provocar dolor en la retirada.
 - Evitar el desbridamiento traumático de las lesiones en la medida de lo posible.

Para evitar pequeños sangrados y dolor, empezamos con baños antiséptico/astringentes de 5 minutos^(foto 6), para evitar riesgos de infección y a su vez se le retiraban los apósitos. Teniendo presentes el diagnóstico enfermero de: **Riesgo de infección (00004)** RC alteración de las defensas primarias (rotura de la piel).

Resultado: Curación de la herida: por segunda intención (1103)

- **Intervenciones: Protección contra las infecciones (6550):**
 - Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
 - Mantener la normas de asepsia.
 - Proporcionar los cuidados adecuados a la piel, tanto en las zonas con lesiones como en la piel sana.
 - Instruir a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo deben informar sobre ellos.
 - Enseñar a la familia a evitar infecciones (lavado de manos apropiado, el uso de guantes para las curas...).
- **Intervenciones: Vigilancia de la piel (3590):**
 - Observar si hay enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y membranas mucosas.
- **Intervenciones: Cuidados de las heridas (3660):**
 - Aplicar apósitos antibacterianos, si procede.
 - Mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida.
 - Cambiar el apósito según la cantidad de exudado.
 - Enseñar a la familia los cuidados de las heridas.
- **Intervenciones: Manejo de la inmunización/vacunación (6530):**
 - Explicar a los padres el programa de inmunización recomendado necesario para el niño.



Foto 8.



Foto 9-1.



Foto 9-2.



Foto 9-3.

Una vez terminado el baño se seca a la paciente con gasa de tejido sin tejer y por empapamiento para evitar la fricción y daño en las lesiones.

Se desbridan restos de piel de las flictenas que han eclosionado y las que se presentan intactas se pinchan y drenan con una jeringa y se extrae cuidadosamente el serosa para posteriormente retirar los restos de piel ^(foto 7).

Diagnóstico de: **Deterioro de la integridad cutánea (00046)** RC una mayor susceptibilidad a padecer UPP a consecuencia de su patología y MP alteración de la superficie de la piel (epidermis).

Resultado: Curación de la herida: por segunda intención (1103)

- **Intervenciones: Cuidados de las úlceras por presión (3520):**
 - Administrar analgésicos previo al tratamiento tópico de las lesiones para minimizar el dolor.
 - Mantener las úlceras humedecidas para favorecer la curación mediante apósitos de CAH.
 - Limpiar las lesiones con solución salina estéril por irrigación.
 - Desbridar las lesiones, si es necesario, previa realización de fomentos de aceite de parafina para facilitar el desprendimiento y reducir el dolor.
 - Aplicar vendajes o apósitos que mantengan las lesiones protegidas del ambiente externo.
 - Usar apósitos que no se adhieran a la piel para disminuir el dolor en la retirada de los mismos.
 - Observar si hay signos o síntomas de infección.
 - Mantener las normas de asepsia.

En flictenas muy superficiales y desbridadas se le aplica Copolímero acrílico, plastificantes y solvente de silicona (hidrofóbico) como epitelizante, en zonas muy húmedas y de riesgo, como producto barrera ^(foto 8).

Se aplicaban apósitos de silicona en malla, untados con vaselina y mupirocina, para evitar adherencias del lecho de las lesiones e infecciones, sobre las lesiones, los dedos se separan uno a uno y envueltos con la malla de silicona para evitar su unión ^(foto 9).

Con el diagnóstico de **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)** RC mayor susceptibilidad a padecer úlceras por presión debido a su patología.

Resultado: Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)

- **Intervenciones: Prevención de las úlceras por presión (3540):**
 - Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
 - Mantener la ropa de la cuna limpia y seca, y sin arrugas.
 - Colocar protectores acolchados para las barandillas laterales de la cuna.
 - Hidratar la piel seca.
 - Evitar el agua caliente y utilizar un jabón suave para el baño.
 - Vigilar las fuentes de presión o fricción.
 - Utilizar ropa adecuada, que transpire bien, que no le apriete y que sea fácil de poner y quitar.
 - Administrar ácidos grasos hiperoxigenados en las lesiones cicatrizadas y en la piel sana expuesta a zonas de presión.
 - Enseñar a los padres el modo de manipular al niño para evitar producirlo lesiones.





Foto 10-1.



Foto 10-2.



Foto 10-3.



Foto 11-1.



Foto 11-2.

Bibliografía:

- 1 Torrelo, A., Valverde, E. y Zambrano, A. Prenatal diagnosis of recessive dystrophic Epidermolysis bullosa in four families by genetic linkage analysis. *Actas Dermosifilogr.* 1997;88: 252-256.
- 2 Amy S. Paller and Anthony J. Mancini. *Clinical pediatric dermatology*. Third edit. Edit. Elsevier.
- 3 F. Palomar Llatas, B. Fornes Pujalte, B. Blasco Pérez y J. Heras García. *Epidermolisis ampollosa o Bullosa*. *Enfermería Integral*, nº 76, diciembre 2006 Ilustre Colegio oficial de Enfermería de Valencia.
- 4 F. Palomar Llatas, B. Fornes Pujalte, B. Blasco Pérez y J. Heras García. *Epidermolisis ampollosa*. pdf, en línea 17 julio 2008. <http://www.enfermeria.org/aneclidic/casos-clinicos/documentos/epidermolisis-ampollosa>.

En dorso de manos y tórax (para evitar al coger al bebe, lesiones), se le ponen apósitos siliconados de espuma fina y en talones, estos apósitos mas gruesos haciéndole un botín para evitar traumatismos, por los movimientos del bebe (foto 10).

En el resto del cuerpo se le aplican ácidos grasos hiperoxigenados, como preventivo ante las posibles lesiones por roce o fricción y como hidratación.

Como apósito secundario se utiliza gasa de tejido sin tejer y vendaje tubular elástico con sujeción (foto 11). Desde el primer día, la cuna del bebe tiene colchón de fibras de silicona y sábanas compuestas en su tejido con Quitina (foto 12).

Clinicamente y asistencialmente se ha tenido que compartir sus cuidados con su Centro de Salud, desde el momento de su alta hospitalaria debido al problema, de rechazo de los padres (principalmente de la madre), a la que se le indicó que entrase a las cura y que fuese aprendiendo a curar, sabiendo ella que tipo de enfermedad padecía su hija, se le informó de la existencia y dirección de una asociación de pacientes de Epidermolisis ampollosa (<http://www.aebe-debra.org/aebe.htm>), pero a la madre le cuesta esta aceptación, presentando los diagnósticos enfermeros de:

Conflicto del rol parental (00064) RC cuidados domiciliarios de un niño con necesidades especiales y MP resistencia de la madre a participar en las actividades habituales de cuidado del niño, incluso con estímulo y apoyo.

Resultado: Relación entre el cuidador principal y el cliente (2204)

- **Intervenciones: Apoyo al cuidador principal:**
 - Determinar la aceptación de la madre de su papel.
 - Estudiar junto con ella los puntos fuertes y débiles.
 - Animarla a que asuma su responsabilidad.
 - Controlar los problemas de interacción de la madre durante los cuidados.
 - Enseñarle las técnicas de cuidado para mejorar su seguridad al realizarlos.
 - Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento a la familia.
 - Animarla a participar en grupos de apoyo.
 - Enseñarle estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- **Intervenciones: Aumentar el afrontamiento (5230):**
 - Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.



Foto 12-1.



Foto 13.



Foto 12-2.



Foto 14-1.



Foto 14-2.

- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- Evaluar su capacidad para tomar decisiones.
- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Ayudarla a resolver sus problemas de una manera constructiva.
- Animarla a evaluar su propio comportamiento.

Afrontamiento familiar comprometido (00074)

RC la madre es incapaz de percibir o actuar de forma efectiva con respecto a las necesidades del niño y MP la madre se retrae o establece una comunicación personal limitada o temporal con el niño en el momento de necesidad.

Resultado: Ejecución del rol de padres

• Intervenciones: Apoyo a la familia (7140):

- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.
- Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos de la madre.
- Ayudar a la familia a identificar el problema o la situación causante del trastorno.
- Ofrecer una esperanza realista.

- Favorecer una relación de confianza con la familia y la expresión de sentimientos.
- Escuchar sus inquietudes, sentimientos y preguntas.
- Enseñarles los planes médicos y de cuidados.
- Ayudarles a adquirir el conocimiento, técnica y equipo necesarios para llevar a cabo los cuidados del paciente.
- Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente.
- Informar a los miembros de familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente.

No ha presentando en ningún momento infección de las lesiones, aunque si fueron apareciendo flictenas en diferentes zonas que se alternaban con otras lesiones que estaban cicatrizando. La bebe está mejorando (fotos 13, 14).

En la actualidad continúa con el mismo tratamiento tópico, excepto la mupirocina pomada y compartido con su centro de salud del departamento 9 de Valencia.

Bibliografía: continuación

- McCloskey, J. y Bulechek, GM. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Madrid: Elsevier; 2005.
- Morread, S.; Jonson, M. y Maas, M. *Clasificación de resultados de Enfermería (NOC)*. Madrid: Elsevier; 2005.
- Jonson, M.; Bulechek, G.; McCloskey, J.; Maas, M. y Morread, S. *Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones (Interrelaciones NANDA, NOC y NIC)*. Madrid: Elsevier; 2002.

Agradecimientos:

A todo el personal de enfermería y pediatras del servicio de pediatría del CHGUV, por su dedicación y preocupación por los cuidados a esta niña.

Tratamiento del sinus con factores de crecimientos plaquetarios autólogos



Foto 1.



Foto 2.



Foto 3.

El sinus es una infección crónica en la región sacrocóxigea. Se trata de un proceso común no grave pero si molesta que afecta con mas frecuencia a varones entre 15 y 30 años. Predomina en gente con vello y piel morena.

Existen dos teoría sobre su formación: la primera lo considera un defecto embrionario, una inclusión del tejido ectodermo (piel) dentro del mesodermo. La segunda, mayoritariamente aceptada por la comunidad científica piensa que se trata de una migración-invaginación de la piel y los pelos hacia el interior del cuerpo.

Presentación

Se sigue los casos en consulta de enfermería de 6 jóvenes varones intervenido de sinus pilonidal de edades comprendida entre 16 y 20 años. El tiempo total de curación de todos los casos fueron de 6 semanas cerrando de adentro hacia fuera y completamente.

Metología

Una vez en la consulta enfermería derivado por el cirujano para realización de curas se lleva a

cabo una exploración de la herida y se le hace entrega del documento de consentimiento informado para que lo lean, pregunten sus dudas y si están de acuerdo lo firman por un lado los pacientes y en caso de ser menores de edad los padres o tutores legales y por otro el medico que les ha informado.

La cura se realizan siempre dos veces por semana. En un primer momento se cura con malla de carbón activo y plata (Actisorb) durante dos semanas para descontaminar ya que cualquier herida abierta siendo un sinus por definición es una infección. Y una espuma hidropolimérica como apósito secundario.

Pasada dos semanas se inicia el protocolo establecido para el tratamiento con factores de crecimientos plaquetarios autólogos:

1. Extracción de 20 cc. de sangre. (foto 1)
2. Centrifugación de la sangre durante 20 minutos para extracción del plasma. (foto 2 y 3)
3. Posteriormente se coloca en la herida volviendo a poner otro apósito secundario.

Las curas se siguen haciendo dos veces por semana hasta total curación en 6 semanas. (foto 4, 5, 6, 7, 8 y 9)

E. Serrato Gómez y
E. Vilarasa García,
Enfermeros del
centro de salud "Cruz
de Humilladero" (Málaga).

Correspondencia:
677 458267 - 952369330
emisego@hotmail.com
emisego@gmail.com

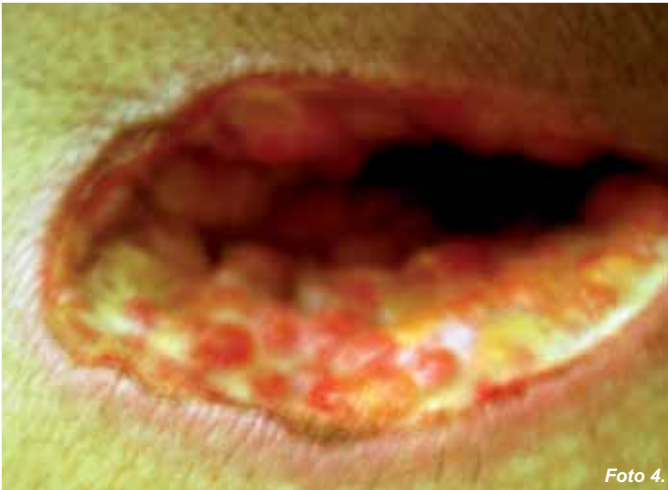


Foto 4.



Foto 5.



Foto 6.



Foto 7.



Foto 8.



Foto 9.

Resultados

Las heridas eran de distintos tamaños tanto en extensión como en profundidad, para ello se utilizaron varias regletas que iban midiendo los diámetros así como un seguimiento fotográfico desde el principio hasta el final.

Conclusión

- Los resultados son muy prometedores respecto las curas secas.
- El coste/beneficio es muy bueno referente a la cura seca ya que las curas se efectúan dos veces por semanas al contrario que con la cura seca que se tienen que hacer todos los días con uso de pomadas, gasas,

tiempo de enfermería e incomodidad para el paciente. Por otro lado la extracción de factores plaquetarios es un método sencillo salvo la disponibilidad de una centrifugadora y al ser autólogos, es decir, del propio pacientes no existen riesgo de reacciones adversa.

- Para enfermería supone una descongestión en cuanto a carga de trabajo.
- Las curas para el paciente son fáciles y muy poco molestas con el pronto restablecimiento en sus que haceres diarios.
- Pensamos que se debería seguir investigando en esta línea.

No hay trabajos realizados con factores crecimiento en sinus pilonidales.

Cómo actuar ante una UPP de talón



Unidad de enfermería dermatológica, úlceras y heridas. CHGUV. Foto 1.



Unidad de enfermería dermatológica, úlceras y heridas. CHGUV. Foto 2.

El talón es una de las localizaciones donde con más frecuencia se desarrollan las úlceras por presión (UPP), junto con la zona de sacro y los trocánteres.

Es imprescindible iniciar la prevención de la UPP de talón al ingreso del paciente con riesgo a desarrollarla.

Una vez establecida la UPP, ésta va a acarrear múltiples cargas: al paciente, al profesional y al sistema de salud.

Es preciso realizar el desbridamiento de la escara, sin el cual será imposible su evolución hacia la cicatrización. En cuanto al desbridamiento cortante en el talón, lo realizaremos siempre con criterio y mucha precaución, por la proximidad del calcáneo y tendón Aquileo.

Palabras clave: UPP, prevención, escara, desbridamiento.

Introducción

El talón es una de las localizaciones donde con más frecuencia se desarrollan las úlceras por presión (UPP), junto con la zona de sacro y los trocánteres.

Una de nuestras funciones como profesionales de la salud, y quizás la más importante es la del cuidado y seguridad del paciente, y esto es lo que hay que hacer, cuidar, para en primer lugar evitar la aparición de las UPP, y en segundo

lugar para tratar la úlcera en el caso de pacientes en los que a pesar de aplicar medidas de prevención, la desarrollan inevitablemente.

Una vez establecida la UPP, ésta va a acarrear múltiples cargas: al paciente, con disminución de la calidad de vida, riesgo de infección, dolor etc., al profesional, con mayor responsabilidad y sobrecarga de trabajo y al sistema de salud porque supone mayores costos económicos.

Objetivos

- Procurar una correcta atención de enfermería y abordaje a los pacientes de riesgo de desarrollar UPP y pacientes que presentan UPP de talón.
- Elaborar (un plan de tratamiento una vez establecida la UPP de talón, según sus características morfológicas) guía de actuación clínica en las UPP de talón.

Procedimiento

La prevención es la intervención más importante, tanto para evitar la UPP, como para lograr su curación una vez instaurada y también procurar que no evolucione hacia un III y IV grado.

La prevención consistirá en:

- Realizar una valoración de riesgo de desarrollar UPP al ingreso, para aplicar las medidas de prevención.

B. Fomes Pujalte,
Enfermera Unidad de
Enfermería Dermatológica,
CHGUV.

P. Díez Fomes,
Enfermera.

Correspondencia:
fomes_beg@gva.es



Foto 3.



Unidad de Enfermería Dermatológica, úlceras y heridas. CHGUV

Foto 4.



Unidad de enfermería dermatológica, úlceras y heridas. CHGUV

Foto 5.



Foto 6.

Unidad de enfermería dermatológica, úlceras y heridas. CHGUV



Unidad de enfermería dermatológica, úlceras y heridas. CHGUV

Foto 7.

- Inspección diaria de los talones e hidratación de la piel. Existen productos con probada efectividad en la prevención de UPP², y como complemento a otras medidas de prevención, como son los ácidos grasos hiperoxigenados (AGH) cada 12/24 horas. No debemos esperar a aplicarlos cuando ya aparece el eritema o UPP I grado.
- Aplicación de taloneras de espuma de poliuretano para reducir la presión, hay estudios que demuestran la efectividad de dichas taloneras para prevenir UPP de talón³. Colocación de cojín debajo de las pantorrillas para elevar los talones junto con cambios posturales.
- Sujetaremos la talonera de forma suave, sin comprimir, con venda tubular. Si vendamos será sin comprimir, para evitar nuevas UPP en antepié.
- Si se protegen los talones con vendas de algodón, se deben de cambiar a diario, es preferible evitar este tipo de vendajes, pues el algodón se apelmaza rápidamente y no cumple la función de reducir las presiones.
- Por mucha protección que pongamos, el primer criterio de prevención es la observación diaria del estado de la piel.
- En pacientes de alto riesgo a parte de las medidas locales se aplicarán colchones de alivio de la presión de altas prestaciones (aire alterno).

Si aparece una UPP a pesar de las medidas de prevención, sabemos que hay un 5% que son inevitables, esto suele ocurrir en los diez primeros días de ingreso. El tratamiento será distinto según el grado de la UPP, pero seguirá siendo prioritario reducir y aliviar la presión en todos los casos.

A continuación se muestran distintos casos de UPP de talón y su correspondiente intervención, según las características de cada úlcera. La fotografía nº 1, se trata de una úlcera por presión grado I (eritema en piel intacta que no palidece al retirar el estímulo de la presión). Está indicada la aplicación de AGH cada 8-12 horas, con la consecuente vigilancia diaria y las medidas de prevención antes comentadas.

La fotografía nº 2, se trata de una UPP de II grado con flictena seroso. Aplicación de productos secantes como la eosina acuosa 2%, o astringentes como el sulfato de cobre al 1x1000 en fomentos durante 10 minutos, dos veces al día. Si la flictena es grande se puede drenar su contenido mediante punción, sin retirar la piel. Las UPP II grado (foto 3), con flictena serohemorrágica, ya seca. No precisa desbridamientos puesto que no hay necrosis. Vigilancia e hidratación, dejando que la costra caiga poco a poco.

La UPP de II grado con gran flictena. Tras su desbridamiento (foto 4), no se observa necrosis, >>>



Foto 8.



Foto 9.



Foto 10.



Foto 11.

hay pérdida de epidermis y dermis, estará indicada la aplicación de ácido hialurónico y apósitos de espuma, hidrocoloideos o hidrofibra según cantidad de exudado.

En la fotografía nº 5 nos encontramos ante una úlcera de grado II, pero tras desbridar la flictena vemos la necrosis. Hay afectación de tejido subcutáneo, consideraremos pues la úlcera de III grado. No se puede hacer desbridamiento cortante, al no estar delimitada la necrosis. Se hará desbridamiento enzimático y autolítico, utilizando enzimas proteolíticas como la collagenasa, tripsina, quimotripsina; cura en ambiente húmedo con hidrogeles, hidrofibras, alginatos, apósitos de espuma.

En la fotografía nº 6 nos encontramos con una úlcera grado III, con necrosis no delimitada. Comenzaremos con desbridamiento enzimático y autolítico. Aplicación de enzimas proteolíticas y/o hidrogeles con apósito de espuma/hidrocoloide/hidrofibra, aplicando protectores cutáneos para mantener la piel perilesional seca e íntegra; eosina acuosa en caso de maceración de la piel periulceral.

En las UPP de III grado con necrosis seca (foto 7). No se puede hacer desbridamiento cortante, sí incisiones con bisturí, desbridamiento enzimático y/o autolítico.

Las úlcera de III grado con escara húmeda (foto 8). En este caso podemos hacer un desbridamiento

cortante con pinzas y bisturí, realizándolo por capas, en varias sesiones y evitando producir sangrado. Aplicamos al mismo tiempo desbridamiento enzimático y/o autolítico.

Las UPP III grado tras desbridamiento cortante de escara húmeda (foto 9) aplicamos el mismo tratamiento que en el caso anterior.

En los casos mas graves cuando nos encontramos con una UPP grado III, con necrosis, celulitis y exudado purulento en su borde superior (foto 10). Se intentará realizar desbridamiento cortante, limpieza y toma para cultivo por aspiración transcutánea. Aplicación de hidrogel y apósito de plata hasta la desaparición de los signos de infección/colonización. También estarían indicados geles coloidales hidroactivos antimicrobianos. Administración de antibioterapia oral por facultativo por la presencia de celulitis y posterior confirmación por antibiograma. En las UPP grado III con 90% tejido de granulación y 10% tejido esfacelado (foto 11). Se realiza desbridamiento cortante con pinza tijera o bisturí de los esfacelos. Aplicación de ácido hialurónico y enzimas proteolíticas, o bien hidrogel con polvos de colágeno y cubrir con apósitos de alginato, hidrofibra, espuma o hidrocoloide según cantidad de exudado.

Las UPP IV grado con necrosis seca (foto 12). Realizar incisiones con bisturí y desbridamiento enzimático y autolítico. Una vez humedecida la



Foto 12.



Foto 13.



Foto 14.



Foto 15.

escara procederemos con cuidado a efectuar desbridamiento cortante.

Pero en las UPP de grado IV, 100% tejido esfacelado (foto 13). Realizaremos desbridamiento cortante cuidadoso por la proximidad del calcáneo y tendón Aquileo, se irán retirando los esfacelos que se vayan soltando. Aplicación de enzimas proteolíticos, sólo o en combinación con hidrogeles, geles coloidales hidroactivos y descontaminantes, cubriendo con apósitos de alginato, de espuma, de hidrofibra.

Conclusiones

- Es imprescindible iniciar la prevención de la UPP de talón al ingreso en todos en los que se detecta una valoración de riesgo de UPP elevada o media.
- Sujetaremos la talonera de forma suave, sin comprimir, con venda tubular. Si vendamos será sin comprimir, para evitar nuevas UPP en antepié (foto 14).
- Evitar vendajes de algodón, pues este tipo de vendajes se apelmaza rápidamente y no cumple la función de reducir las presiones (foto 15).
- En cuanto al desbridamiento de la UPP, la escara no protege (como se lee en foros sobre cicatrización de úlceras), si no que alarga en el tiempo el proceso de cicatrización, siendo causa del desarrollo de un proceso infeccioso.

- Es imprescindible realizar el desbridamiento de la escara, sin el cual será imposible su evolución hacia la cicatrización. Hay que diferenciar bien lo que es una escara y lo que es una flictena hemorrágica seca. Si a veces nos cuesta discernirlo a simple vista, realizaremos un desbridamiento enzimático/autolítico y valoraremos en unos días su evolución, la escara seca cambiará a húmeda y entonces ya es apta para proceder con el desbridamiento cortante. Acortaremos con esta medida el tiempo de tratamiento. Lo mismo haremos con la UPP del paciente diabético y con isquemia leve. Sólo evitaremos desbridamientos ante isquemia grave, derivando al paciente a cirugía vascular para revascularización y/o amputación.
- No es preciso esperar a realizar el desbridamiento de talón cuando la escara fluctúa o presenta inflamación perilesional/supuración, es mejor empezar cuanto antes con desbridamiento enzimático y autolítico, seguido de desbridamiento cortante.
 - En cuanto al desbridamiento cortante en el talón, lo realizaremos siempre con criterio y mucha precaución, por la proximidad del calcáneo, realizando incisiones, desbridando la escara húmeda por capas y en sucesivas sesiones, retirando los esfacelos poco a poco.

Bibliografía:

- 1 www.chguv.org. Unidad de enfermería dermatológica, úlceras y heridas Úlceras por presión, prevención, en línea.
- 2 Torra, J.E.; Rueda, J.; Segovia, T. y Bermejo, M. Aplicación tópica de un compuesto de ácidos grasos hiperoxigenados: efectos preventivos y curativos en úlceras por presión. Rev ROL Enferm. 2003; 26 (1): 54-61
- 3 Torra i Bou, J.E.; Rueda López, J. y Camañes G et al. Úlceras por presión en los talones. Estudio comparativo entre el vendaje protector de talones y un apósito hidrocelular con forma especial para los talones. ROL 2002; 25 (6): 51-56
- 4 www.anedidic.org Protocolo: Protección piel perilesional, en línea.
- 5 www.anedidic.org Protocolo: Cuidado de las UPP.
- 6 www.anedidic.org: Protocolo: Guía de práctica clínica en prevención de UPP.

Abordaje de una úlcera complicada con diagnóstico de úlcera de Martorell



Foto 1.

La enfermedad arterial periférica es un proceso ateroscleroso frecuente y la mayoría de las veces no está diagnosticado ni tratado correctamente. Una característica importante de ésta patología es la polifocalidad por lo que a veces pueden encontrarse diferentes manifestaciones de la enfermedad, como la isquemia crónica, la coronopatía y problemas cardiovasculares, que con relativa frecuencia aparecen asociados.

Las úlceras en las extremidades inferiores tienen diversas etiologías, generalmente de origen vascular, la úlcera hipertensiva, o de Martorell, es poco conocida y suele ser más frecuente de lo que se las diagnostica, puede aparecer como una complicación de dicha enfermedad.

La coincidencia de la diabetes en el paciente agrava el cuadro significativamente.

La localización más frecuente es en el área supramaleolar externa o en el tercio medio de la pierna. Los bordes de la úlcera suelen ser netos, y la lesión suele estar rodeada de placas de necrosis y tener tejido granular. Es un tipo de lesión rebelde al tratamiento local, aunque no suele haber obstrucción arterial y en la exploración los pulsos son perceptibles.

Afecta por igual a hombres y mujeres con hipertensión severa, es una lesión muy dolorosa que en ocasiones no parece corresponder a la lesión.

Sabemos que el dolor es una respuesta fisiológica defensiva y que cuando éste se cronifica, se convierte en enfermedad. Según estudios publicados, el 70% de las úlceras de pierna cursan con dolor lo cual impide no solo mejorar la calidad de vida del paciente que lo sufre, sino también ralentiza el proceso cicatricial de su lesión.

El dolor en este tipo de lesiones, a veces no se le da la importancia que merece, atendiendo en ocasiones a otras patologías. En las úlceras hipertensivas el dolor se hace generalmente insoportable. En el caso de esta paciente el dolor nociceptivo provocado por el daño tisular, le impedía llevar una vida con normalidad, afectando muy negativamente a su descanso y su estado de ánimo.

No es menos importante realizar un buen diagnóstico diferencial de la lesión, aplicar protocolos correctos, como puede ser la medición del índice tobillo brazo, para descartar o corroborar la patología.

Historia clínica

Mujer de 78 años diagnosticada hace más de 20 años de hipertensión con una evolución de su enfermedad irregular no controlada, sin una dieta adecuada, cardiopatía isquémica hace más de 15 años, intervenida de valvulopatía y portadora de marcapasos, tratada con antiagregantes plaquetarios, antihipertensivos y diuréticos; diabetes mellitus II para lo que tiene pautado antidiabéticos orales; insuficiencia venosa crónica, edemas maleolares y en la actualidad linfedema en la extremidad inferior derecha.

Es remitida por el hospital con una lesión muy dolorosa que ha desarrollado una placa de necrosis en la zona gemelar derecha y otra lesión satélite en la porción lateral de la del mismo miembro inferior. Después de multitud de tratamientos locales no mejora, evolucionando mal y empeorando el dolor, lo que le impide el descanso nocturno a pesar del tratamiento analgésico e hipnótico.

El diagnóstico del hospital refiere posible úlcera hipertensiva de Martorell aunque la localización en ésta paciente es poco común.

M^o Isabel Romo Sanz.
Diplomada en Enfermería.
Atención Primaria (Salamanca).

Raúl Juárez Vela.
Diplomado en enfermería.
Centro de Salud Luna
(Atención Primaria, Zaragoza).

Valoración inicial de la paciente y de la lesión

En la exploración presenta una úlcera con placa de necrosis en la zona gemelar MMDD (foto 1), muy dolorosa con un tamaño de 6x4 cm. y otra lesión satélite de 3x3 cm. en la zona lateral de la pierna derecha, esfacelada muy exudativa, fondo fibrinoso y más de 5 meses de evolución que ha ido empeorando (foto 2). La zona perilesional de esta segunda lesión se presenta muy dañada con edema, piel muy brillante, zona de atrofia blanca y linfedema muy exudativo. La coloración morada, es debida a la aplicación de violeta de genciana y lo blanco a cremas con óxido de zinc.

La cifra de tensión arterial es de 180/100, pulsos pedio y tibial posterior presentes, no frialdad en la extremidad, sensibilidad presente, índice tobillo brazo 1,1, lo que nos indica no haber arterioesclerosis o estenosis en la zona distal de los miembros inferiores. Refiere claudicación intermitente desde hace varios años.

Valoración inicial del dolor

Para la valoración del dolor se realizan los cuestionarios habituales: las escalas de puntuación numérica y visual (EVA). La puntuación según la escala de la EVA es de 10 y la visualización de las caras, refiere un dolor insoportable, persistente tanto en reposo como en movimiento, no permite ningún tipo de exploración y es complicado hasta acomodarla en la camilla de tratamiento. La paciente llora y se queja constantemente, no duerme y comenta no acostarse en la noche. Además, no camina y no puede realizar las actividades de la vida diaria. En las curas locales el dolor es persistente en la limpieza, desbridamiento y cambios de apósito.

Farmacológicamente está en el 2º y 3º eslabón de la escalera analgésica de la OMS tratada con tramadol y con parches transcutáneos de fentanilo.

Objetivos terapéuticos

1. Diagnóstico correcto de la enfermedad arterial, seguir protocolos establecidos, como la clasificación de Fontaine:

- GI: Asintomático
- GII: Claudicación intermitente
- GIII: Dolor en reposo
- GIV: Lesiones tróficas

2. Mejorar el estado de su tensión arterial, con la finalidad de mejorar su patología coronaria y la lesión.

3. Mejorar el dolor y su descanso, tratando de aliviar la causa.

Metodología de tratamiento

Se pauta protocolo de curas implantando primero una estrategia para disminuir el dolor en las mismas. Comenzamos el 20 de abril de 2007. Se pide autorización firmada a la paciente para aplicar dicho protocolo y realizar el seguimiento fotográfico.

Aplicamos primero una crema anestésica a base de lidocaína, después se aplican infiltraciones de anestesia local perilesionales, con lo que se consigue poder abordar el desbridamiento cortante de la lesión sin que la paciente tenga dolor.

La limpieza de la lesión se realiza con un producto tensoactivo que actúa sobre los fosfolípidos de membrana de las células de las bacterias con efecto surfactante. Se emplea según la descripción y protocolo del mismo, en forma de fomento, aplicándolo sobre la herida 10-15 minutos y el gel se combina con el apósito de cura en ambiente húmedo según la fase de evolución celular. En la >>>



Foto 2.



Foto 3.



Foto 4.



Foto 5.



Foto 6.



Foto 7.

“Árbol de decisión utilizado en este caso para el uso de apósitos”



literatura consultada sobre el surfactante nos sugiere ser compatible con cualquier tipo de apósito, puede mezclarse sin interferir en el efecto terapéutico de los mismos.

El desbridamiento que se realiza es cortante por capas eliminando la necrosis y tejidos desvitalizados (foto 3).

Durante las primeras 8 semanas se aplica un tratamiento combinado con 3 apósitos distintos debido a las características de la herida, con lo que conseguimos la correcta gestión del exudado que presenta. Se combina alginato de calcio (Seasorb Soft) (foto 4), por el exudado especialmente abundante, apósito de plata iónica hidroactiva (Biatain Plata) se aplica en las zonas con los signos evidentes de infección con el fin de favorecer la cicatrización de la herida ralentizada por la actividad bacteriana y reducir el dolor producida por la infección. A la vez se combina con un apósito liberador de ibuprofeno (Biatain Ibu) para mejorar el dolor en la parte relativamente limpia de la lesión sin restos de esfúcelos y con tejido granular evidente (foto 5). La combinación de los tres apósitos en una misma cura se ajusta a las características de la lesión.

El tipo de compresión que se decide, según los datos obtenidos por la valoración del ITB, es vendaje elástico sin compresión hasta que mejora el ITB a 1 para después poder implementar un vendaje multicapa con lo que se consigue reducir el edema y mejorar el retorno venoso.

El cuidado de la piel y zona perilesional la tratamos con productos a base de aceites hiperoxigenados y crema barrera no irritante (fotos 6 y 7).

Se recomienda reposo relativo y se consulta con su médico de AP para pautar un tratamiento combinado para el control del dolor y la mejora de las cifras de su tensión arterial.

Evolución del dolor

Las 8 primeras curas se pautan cada 2 días por el exudado abundante que presenta la lesión. En la evolución posterior, se realizan dos curas semanales, y cuando el exudado está controlado se cambian los apósitos cada 5-6 días.

Según se encuentra la lesión utilizamos, el apósito de alginato de calcio (SeaSorb Soft), apósito de plata iónica hidroactiva (Biatain Plata) y apósito liberador de ibuprofeno (Biatain Ibu). La foto 5 muestra cómo se utilizaba el apósito liberador de plata en la zona in-

ferior de la lesión caracterizada por los signos de infección, mientras que la zona superior, presentando tejido de granulación sana se aplicaba apósito con ibuprofeno para controlar el dolor. Después de 8 semanas la pauta es sólo con apósito liberador de ibuprofeno y apósito hidropolimérico estándar.

El vendaje se realizó como se ha descrito anteriormente, aunque según las características de la paciente, a veces, pedía quitarlo. (Resumen fotográfico de la evolución)

Evolución del dolor

En las primeras curas no refiere haber tenido mucha diferencia en cuanto a mejoría del dolor, aunque la familia comunica que ha dormido y ha descansado mejor. Además, comentan que su estado de ánimo ha mejorado y que ha comenzado a realizar las actividades de la vida diaria. A partir de la sexta cura ya refiere mejoría del dolor, que en la escala numérica sería 5. Posteriormente afirma que ha dormido y que la cura le resulta cómoda. En la evolución posterior después de 14 curas no aplicamos anestésicos tópicos. La pauta analgésica oral y transdérmica ha disminuido sustituyendo los parches de fentanilo por metamizol y paracetamol.

Conclusiones

La evolución de la lesión ha sido muy favorable, la úlcera lateral ha cicatrizado correctamente en las primeras 8 semanas de tratamiento. La combinación de varios productos basados en cura húmeda ha sido acertada adaptándonos a las características de y fase evolutiva de regeneración celular de la herida. Conseguir normalizar las cifras tensionales y el control adecuado de las cifras de glucemia han resultado eficaces en la evolución.

En cuanto al dolor, cuando conseguimos controlarlo la calidad de vida de la paciente se ha visto mejorada sustancialmente.

Se consiguieron los objetivos establecidos el control de la infección, mejorar el dolor, síntoma que empeoraba las AVD y gestionar el exudado de la lesión de forma correcta desde las primeras curas. La complejidad de éstas lesiones y su tratamiento viene dada por dos puntos clave: diagnosis y tratamiento. Este tipo de lesiones precisan de la instauración de protocolos adecuados para el diagnóstico de la patología de base y la posterior personalización de las curas locales.

Bibliografía:

- **Valoración y cuidado de pacientes con heridas crónicas dolorosas.** J.M. Aranda, M.V. Castro, A. Galindo, M.J. Ledo, F. Martínez, A. Moreno-Guerín, F. Palomar, I. Romo, E. Ruda, M.A. Soto, O. Torres y L.J. Vigil-Escalera. Guía de consulta clínica patrocinada por Coloplast. Enero 2007.
- **Evaluación clínica de un nuevo apósito liberador de ibuprofeno en el tratamiento de pacientes con lesiones dolorosas.** J.M. Aranda, M.V. Castro, A. Galindo, M.J. Ledo, F. Martínez, A. Moreno-Guerín, F. Palomar, I. Romo, E. Ruda, M.A. Soto, O. Torres, y L.J. Vigil-Escalera. Revista Rol de Enfermería 2007;30 (7-8):494
- **Fisiopatología de la enfermedad arterial periférica y factores de riesgo para su desarrollo.** Rv. anales de patología vascular; S1. Volumen 1 suplemento 1 (2007) diciembre; 10-14.
- **Úlcera hipertensiva de Martorell.** Rv. anales de patología vascular; S1. Volumen 1 suplemento 1 (2007) enero-marzo; 24-25.
- **Tratamiento y prevención en úlceras vasculares.** Revista Ulcus Clínica. Número 4. 2006. octubre; 13-19.
- **Antidepresivos en el dolor crónico.** Cuadernos del dolor. Nº3 año V-2007; 8-11.
- **Tratamiento progresivo de las heridas en medio ambiente húmedo.** Romo Sanz, M.I. Ed. Librería Cervantes. Salamanca 1999.
- **Úlceras vasculares tratamiento progresivo y combinado.** Romo Sanz M.I. Rev. Enfermería Científica. Ed. Gráficas Alberdi, S.A. Vol. 220-221; 4-10.

Resumen fotográfico
de la evolución.



Maquillaje dermatológico corrector

Desde hace 8 meses en el Servicio de Dermatología del hospital de Sant Pau se está realizando un asesoramiento individual de maquillaje dermatológico corrector a pacientes que precisan un consejo de maquillaje especializado en relación de su patología dermatológica: vitiligo, angioma, rosacea y acne. La necesidad de modificar o corregir estas imperfecciones cutáneas surge de la ignorancia, aislamiento y /o crueldad que la sociedad manifiesta hacia estas personas. En la actualidad estas imperfecciones siguen siendo rechazadas en algunos círculos sociales, laborales e incluso familiares. Todo rechazo produce una baja estima a estos pacientes. Los productos de maquillaje que nos presenta el mercado se perciben como un mero objeto de consumo. Pero los pacientes lo reciben como la posibilidad de una ayuda, ya que sienten la solidez de que algo aparentemente externo les puede tranquilizar disminuyendo la sensación y la realidad en ocasiones, de la mirada de los otros. Elisabeth Kübler-Ross decía *“La opinión que las personas tienen de ti es un problema suyo, no tuyo”*. Pero estos pacientes viven que la mirada externa condiciona su existencia. Una valoración de enfermería permite identificar los siguientes diagnósticos según la taxonomía de la N.A.N.D.A.

- Deterioro de la integridad cutánea.
- Trastorno de la imagen corporal.
- Trastorno de la autoestima y adaptación.

Objetivo

Enseñar a las personas como aplicar correctamente los productos para:

- Conseguir lo más natural posible disimular las imperfecciones localizadas y neutralizar las acromias y tonalidades descompensadas.
- Mejorar su autoimagen corporal, lo que favorecerá las relaciones humanas, aumentará su autoestima y mejorará su calidad de vida.

Material y método

Se trata de un estudio realizado entre Septiembre del 2004 y Abril del 2005. La población diana son 8 pacientes diagnosticadas de vitiligo visitadas en nuestro centro de edades comprendidas entre 50 y 60 años. La sesión de maquillaje consiste en actuar de una manera práctica estableciendo una relación directa con la persona, sin espectadores, donde la técnica no se considera como algo mágico, sino como un proceso de autoaprendizaje y relación de ayuda. Es importante transmitir que el maquillaje va a solucionar parte del problema de forma cosmética, pero no lo modifica médicamente. Para realizar el maquillaje tenemos en cuenta el fototipo de piel, la patología de cada persona, nuestro conocimiento y nuestra experiencia.

Procedimiento: (fotos 1, 2, 3 y 4)

1. Limpiar bien la piel e hidratarla.
2. Aplicación del corrector de color para acromias/discromias azules o rojas.

I. Alcalde Lorca.

DUE Servicio de Dermatología.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.



3. Aplicación del corrector de tono en caso de manchas marrones o blancas.
4. Aplicación del fondo de maquillaje con el objetivo de unificar la tonalidad de la piel.
5. Una vez lograda la uniformidad de la piel, daremos expresividad a la cara con el maquillaje habitual.
6. Aplicación de polvos libres para prolongar la duración del corrector de tono y fijar el maquillaje.

Conclusiones

- Se evidencia que el uso de maquillaje no sólo ayuda en el plano estético, sino que es un complemento indispensable que favorece las relaciones interpersonales, desdramatizando

el problema de las patologías dermatológicas antiestéticas crónicas.

- El maquillaje dermatológico especializado proporciona una alta cobertura y permite corregir el aspecto de la piel disimulando las imperfecciones cutáneas de color y modificar y reavivar el tono natural.
- Las 6 mujeres del estudio, manifiestan verbalmente su satisfacción después de este tratamiento.
- Apoyamos esta afirmación con algunos de sus comentarios: "Que bien me veo", "El verme sin las manchas me hace sentir mejor".

Integrar las novedades del presente y elaborar creativamente el pasado de nuestra experiencia como enfermeras, nos alienta a seguir en nuestro desarrollo profesional. (fotos 5 y 6)

Bibliografía:

- NANDA, Diagnosis North American Nursing Association (2003-2004). Diagnósticos Enfermeros. Definición y clasificación. Madrid: Harcourt.
- LA ROCHE POSAY, Laboratoire Pharmaceutique. Atlas of corrective make-up.

III Jornadas de Enfermería Dermatológica

Estimados compañeros,

El pasado 13 de junio se celebró en Ferrol, la III Jornada Nacional de Enfermería Dermatológica y Heridas, organizada por el Área Sanitaria de Ferrol, la Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC) y el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de A Coruña. Asistieron unos 80 profesionales llegados de toda la geografía nacional. La Jornada coincidió con la celebración del V Certamen de Carteles del Área Sanitaria de Ferrol, al que fueron presentados 57 trabajos (bajo pseudónimo), llegados también de toda España.

1^{er} premio a la mejor comunicación oral de la Jornada fue para el trabajo:

“Utilización de un tapón obturador en ileostomías” realizado por L. Sanjurjo Buján y C, Sanjurjo Guerrero del Centro de Salud San José de A Coruña.

2^o premio fue para el trabajo:

“Cicatrización de herida quirúrgica por 2^a intención tras exéresis en región inguino-escrotal por hidradenitis supurativa de repetición” realizado por J. Manuel Pazos Pita, enfermero del Centro de Salud de Narón en A Coruña.

Ambos trabajos aparecen publicados en el presente número de la revista.

Por su parte, en el Certamen de Carteles y por categorías, se concedieron los siguientes premios:

Categoría Artístico:

1^o Premio: *“Somos la leche”*.

Pseudónimo: Morticia, Sahara y Lucky.

Autores: Ana María Álvarez Huete, María Teresa Rodríguez veiga y Amanda Piñeiro Pereira.

2^o Premio: *“Mi mamá nos mimó”*.

Pseudónimo: Morticia.

Autores: Ana María Álvarez Huete y Oscar Peña Neira.

Categoría Cultural:

1^o Premio: *“Enfermería Transcultural”*.

Pseudónimo: Inmigrante sin papeles.

Autores: José María Rumbo Prieto y Luis Arantón Areosa.

2^o Premio: *“La Epidemia Invisible”*.

Pseudónimo: Epidermidis difícil.

Autores: Luis Arantón Areosa, José María Rumbo Prieto y Juan Santiago Cortizas Rey.

Categoría Educación para la salud:

1^o Premio: *“¿Y tú de que lado estás?”*.

Pseudónimo: Pericolos.

Autores: Eva María Flores Escobar, Cristina Martín Tejedor y María Dolores Roca Roca.

2^o Premio: *“Como ve la sociedad a las enfermeras”*.

Pseudónimo: Las Revoltosas.

Autores: María Luisa Fraga Sampedro, M^a Jesús Conde Casal y Soledad Mercedes Martínez Varela.

Tanto la Jornada de Enfermería Dermatológica y Heridas como el V Certamen de Carteles, han supuesto un escenario de participación profesional y un foro de difusión importantes para la enfermería a nivel nacional, lo que sin duda justifica el esfuerzo realizado para su consecución; por lo que consideramos el balance final, como muy positivo.

Nuestro más sincero agradecimiento al Colegio Oficial de Enfermería de A Coruña, a la Fundación Novoa Santos y al Concello de Ferrol por su colaboración e implicación; también a todos los que de una u otra manera han participado, enviando trabajos, asistiendo a los actos o presentando comunicaciones; a los miembros de los comités organizador y científico, y como no, a los ponentes, que con su esfuerzo han conseguido dar al evento, un alto interés científico:

Luis Arantón Areosa,
Director de la III Jornadas
Nacionales de Enfermería
Dermatológica y Deterioro
de la Integridad Cutánea.

Correspondencia:
luaranton@gmail.com



- *“Alteraciones perilesionales del estoma”* realizado por D. Francisco García Collado. Enfermero Servicio de Cirugía. Estomaterapeuta. Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.
- *“Cuidados de heridas en la comunidad”* realizado por D. Ramón Delgado Fernández. Enfermero. Centro de Salud Fontenla Maristany. Ferrol.
- *“Innovando en la atención de heridas: Unidad de Telecuidados”* realizado por D. Antonio Erasto Villar Rojas. Enfermero. Unidad Central para la Gestión de UPP y heridas crónicas. Unidad de Telecuidados. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.
- *“Cura en ambiente húmedo: situación en Galicia”* realizado por Dña. María de los Angeles Pérez Vázquez. Supervisora del Area de Calidad del Complejo Hospitalario de Pontevedra.
- *“Tumores y heridas oncológicas”* realizado por D. Federico Palomar Llatas. Coordinador de la Unidad de Enfermería Dermatológica. Consorcio Hospital General Universitario Valencia.
- *“Plan de cuidados en el paciente con Psoriasis”* realizado por Dña. Manuela Barreiro Busto. Enfermera. Unidad de Hospitalización de Especialidades. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

- *“Cartera de servicios en enfermería dermatológica en el Área Sanitaria de Ferrol”* realizado por Dña. Rosa Fontela Doce. Enfermera. Servicio de Dermatología. Área Sanitaria de Ferrol.
- *“CEDER: Consulta de Enfermería Dermatológica”* realizado por Dña. Carmen Martín Aguilera. Enfermera. Unidad de enfermería dermatológica. Hospital Reina Sofía de Tudela. Navarra.
- *“La Enfermería y las heridas”* realizado por Dña. Isabel Campos Pardo. Servizo de Integración de Coidados. División de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde.

Quiero hacer una mención especial a las empresas Convatec, Coloplast, Smith&nephew, Salvat, 3M Health Care y Urgo, porque como siempre, se han distinguido por su apoyo a nuestra profesión y a las iniciativas nacidas en el entorno de la investigación y formación continuada de enfermería.

Y para finalizar, expresar mi agradecimiento personal a D. Federico Palomar, nuestro presidente, por su ayuda, consejos e implicación; con profesionales así, al lado, todo resulta mucho más fácil.

A todos muchas gracias.

Utilización de un tapón obturador en ileostomía

Trabajo galardonado con el 1^{er} premio a la comunicación oral en la III Jornada Nacional de Enfermería Dermatológica y Deterioro de la Integridad Cutánea. Ferrol - 2008

Las ileostomias constituyen un motivo de preocupación importante, tanto en los propios pacientes, como en su entorno, siendo relativamente frecuente que se generen situaciones de rechazo, o incluso, trastornos de la propia imagen corporal. Este aspecto cobra más relevancia todavía en lo que a relaciones de tipo sexual, se refiere, pues al impacto de ver la bolsa de ileostomía, se puede sumar el miedo a hacer daño o a que se abra la misma.

Metodología

Descripción de un caso clínico: valoración, identificación de problemas y desarrollo de estrategias para potenciar la autonomía del paciente y para la prevención y/o minimización de actitudes negativas.

Resultados

Tras el análisis de la situación, se insiste en la educación sanitaria y se decide, de común acuerdo con el paciente, la utilización de un tapón obturador, para las situaciones o actividades donde su autonomía se puede ver comprometida y especialmente en aquellas que puedan implicar acercamientos íntimos o de tipo sexual.

Caso Clínico

Varón de 22 años, con ileostomía secundaria a Colitis Ulcerosa desde hace 6 años. El paciente refiere múltiples incomodidades y limitaciones para el normal desarrollo de su vida personal y afectiva.

La experiencia, desde hace ya unos años, de la utilización de un tapón obturador en la ileostomía, previa aplicación de una película barrera (transparente) en la piel perilesional; le permite, en propias palabras, una vida diaria más autónoma, satisfactoria y plena (playa, relaciones sexuales, entrevistas de trabajo, etc.)

La tolerancia y comodidad del paciente con el tapón, ha sido excelente, (se aplica durante un periodo de 4 a 7 horas); tras la retirada se observa que la salida del efluente no es inmediata, sino que empieza a los veinte o treinta minutos de la colocación de la bolsa nueva, lo que pudiera sugerir una reeducación del tránsito intestinal.

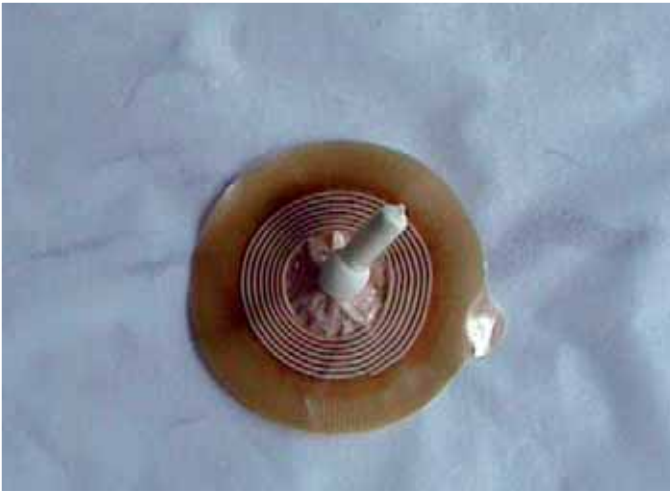
Conclusiones

La aplicación del tapón obturador en la ileostomía, junto con una adecuada educación sanitaria, permite mejorar la autonomía del paciente, sus relaciones del paciente y en general su calidad de vida.

El uso del tapón no requiere complejidad de ningún tipo y su utilización es prácticamente imperceptible. Destacar, además de la efectividad y tolerancia, la facilidad y comodidad de utilización por el propio paciente, lo que además de incrementar su autonomía, contribuye a mejorar su autopercepción.

L. Sanjurjo Bujan.
Enfermero. Centro de
Salud San José de A. Coruña.

C. Sanjurjo Guerrero.
Estudiante de Enfermería
y Documentalista Sanitaria.



Cicatrización de herida quirúrgica por 2ª intención tras exéresis en región inguino-escrotal por hidradenitis supurativa de repetición

Trabajo galardonado con el 2º premio a la comunicación oral en la III Jornada Nacional de Enfermería Dermatológica y Deterioro de la Integridad Cutánea. Ferrol - 2008

José Manuel Pazos Piña.
Diplomado en Enfermería.
Centro de Salud de Narón
(A Coruña).

Correspondencia:
jmpazosp15@enfermundi.com

Bibliografía:

- 1 *Moffatt C.J.; Soldevilla Ágreda J.J. Preparación del Lecho de la Herida en la práctica.* GNEAUPP 2004. Documento de Posicionamiento N° 3. En línea: www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/lecho.pdf
- 2 *Cerame Pérez S. Evaluación de un tratamiento secuencial en diferentes tipos de heridas.* Congreso de European Wound Management Association; 2005. Stuttgart. Alemania.
- 3 *Rovira Calero G.; Sancho Pons MªA.; Solé Blavi J.; Segarra Lorente M. y González Pérez J. Calidad y Eficacia en los cuidados de las úlceras de la piel.* V Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2004. Oviedo.
- 4 *Briggs M. y Torra i Bou JE. El Dolor durante los cambios de apósito: una guía de tratamiento.* Documento de posicionamiento de la EWMA European Wound Management Association. Pag: 12-7.

La cura en ambiente húmedo se ha convertido en el método de elección en la cicatrización de heridas por segunda intención. En el caso que se expone, los apósitos de hidrofibra de hidrocoloide con iones de plata, han resultado ser un gran aliado en todas las fases del proceso de cicatrización.

Antecedentes

Paciente varón de 46 años con episodios recurrentes de inflamación y dolor a nivel escrotal e inguinal (bilateral), con presencia de abscesos y fístulas que presentan drenaje purulento durante un período de dos años.

Ha sido tratado en diversas ocasiones con dilatación y drenaje quirúrgico de los abscesos (de forma ambulatoria), curación local con diversos tratamientos y antibióticos por vía oral.

Caso clínico

Actualmente presenta nuevo episodio bilateral. El 21-11-2006 se realiza intervención quirúrgica, procediendo a exéresis bilateral de la región inguino-escrotal.

Durante el postoperatorio inmediato le realizan curación pautada por su equipo médico, con Nitrofurazona en solución, cubriendo las heridas con compresas absorbentes estériles.

El paciente es dado de alta hospitalaria el 27-11-2006, con la indicación de que existe la posibilidad de que puede ser necesario realizar injertos de piel posteriores. Las heridas, dada su localización, le producen

gran malestar al paciente, por lo que necesita de la administración de analgesia.

Valoración y tratamiento

El 7º día post-intervención, tras la valoración pertinente, se comienza pauta de curas en domicilio (fotos 1 A-B), estableciéndose los siguientes objetivos:

- Controlar el exudado de la herida.
- Prevenir / controlar la posible infección.
- Reducir el dolor y las molestias.
- Proporcionar mayor autonomía y confort.

Se establece la siguiente pauta de curas:

- Lavado abundante con suero salino.
- Secado (de piel perilesional) con gasa estéril.
- Aplicación de hidrofibra hidrocoloide con iones de plata (Aquacel™ Ag) que se cubre con compresas estériles, todo esto se sujeta con fijación adhesiva hipoalérgica.

Se indica al paciente que, como preparación previa a las curas, retire el mismo los apósitos y se duche o tome baños de asiento con agua jabonosa, secándose después con compresas estériles.

Inicialmente la frecuencia de curación es de cada 24 horas.

A los tres días del inicio del tratamiento se decide humectar el apósito con suero salino, ya que tras la aplicación, el paciente refiere tener molestias durante las tres o cuatro horas posteriores.

Para ayudar a eliminar el tejido no viable se utiliza Hidrogel selectivamente y en poca cantidad (desbridamiento autolítico).





Foto 1-A.



Foto 1-B.



Foto 2-A.



Foto 3-A.



Foto 4-A.



Foto 2-B.



Foto 3-B.



Foto 4-B.



Foto 5-A.



Foto 6-A.



Foto 7-A.



Foto 5-B.



Foto 6-B.



Foto 7-B.

Bibliografía: continuación

- 5 Jones S.; Bowler P.G. y Walker. Antimicrobial activity of silver-containing dressings is influenced by dressing conformability with a wound surface. *Wounds*. 2005; 17 (9): 263-270.
- 6 Bowler P. Progression toward healing: wound infection and the role of and advanced silver-containing Hydrofiber® dressing. *Ostomy Wound Management*. 2003; 49 (suppl): 2-5.
- 7 Landsdown ABG; Silver 1: its antibacterial properties and mechanism of action. *J Wound Care*. 2002; 11 (4): 125-130
- 8 Jones SA.; Bowler PG.; Walker M. y Parsons D. Controlling wound bioburden with a novel silver-containing Hydrofiber dressing. *Wound Rep Reg*. 2004; 12: 288-294.

Evolución

A los 9 días de iniciado el tratamiento (fotos 2 A-B), el tamaño de las heridas se ha reducido significativamente, presentando un lecho con abundante tejido de granulación. Las molestias han ido remitiendo y mejorado considerablemente su calidad de vida. A los 19 días, la evolución es buena (fotos 3 A-B); no presenta signos de infección, ni de maceración y el paciente puede realizar una vida completamente normal no precisando ningún tratamiento analgésico. A los 26 y 31 de días el proceso de cicatrización de ambas heridas continua satisfactoriamente (fotos 4 A-B y 5 A-B) con un buen control del exudado y sin signos de infección, por lo que se decide cambiar el apósito y se pasa a utilizar uno de hidrofibra de hidrocoloide (Aquacel™). Prosigue buena evolución (fotos 6 A-B y 7 A-B) hasta la cicatrización completa de ambas heridas, que se logró en dos meses.

Conclusiones

Los objetivos propuestos al inicio del tratamiento, han sido alcanzados: control del exudado, ausencia de dolor, prevención de la infección y promoción de autonomía diaria al paciente. La cura en ambiente húmedo se ha mostrado una vez más, superior a la cura tradicional en todas las fases del proceso de cicatrización de las heridas. Los apósitos de hidrofibra de hidrocoloide e iones de plata (Aquacel™ Ag) ha demostrado su eficacia en el proceso de cicatrización por segunda intención de una herida quirúrgica controlando y gestionando adecuadamente el exudado y la carga bacteriana.

Dermatología en la red

Profundizando en la idea de que en la red podemos conseguir múltiple y variada información, en función de los criterios de búsqueda utilizados, en este número dedicaremos esta sección a analizar alguna de las múltiples páginas sobre Dermatología que se pueden consultar libremente en Internet. Como siempre, hemos de tener en cuenta, que no todo lo que aparece publicado en Internet es absolutamente fiable (si introducimos el término "dermatología" en el buscador Google, nos da 6.320.000 accesos), por lo cual, para no ser repetitivo, me remito a los criterios y recomendaciones a los que aludíamos en esta misma sección, en el número 3 de Enfermería Dermatológica. Como decía son múltiples los recursos disponibles, por lo que intentaré mostrar algunos que considero interesantes por su contenido, estructura, facilidad de manejo, posibilidad de consultas...; en cada uno de los casos, aparecerá una foto de la Web (captura de pantalla) y en el pie de foto, la correspondiente dirección Web. Las palabras que aparecen en el texto en azul, se corresponden con accesos directos o secciones de la Web a que se estén refiriendo. Son muchas las entidades, agrupaciones y asociaciones científicas que permiten el acceso desde la red y aunque predominan en inglés, también hay algunas interesantes en español:

- Destacar (como no podía ser de otra manera), la página de **ANEDIDIC** (Figura 1), desde donde además de toda la información habitual que ya todos conocéis y sobre la que no vamos a profundizar (noticias, vademécum, publicaciones, protocolos...) podéis acceder al borrador del programa del próximo congreso: "X Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica" que tendrá lugar en Tudela, del 1 al 3 de abril de 2009, organizado por nuestra compañera Dña. M^{ra} del Carmen Martín de Aguilera (espero que podamos coincidir todos en Tudela). Por resaltar alguna sección,

destacaré el acceso a número completo de la Revista Enfermería Dermatológica, de la que en breve se colgará ya el número tres.

- **La Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV)** (Figura 2) presenta una Web con información variada dirigida a profesionales (específicamente Dermatólogos) y una sección para pacientes. La página está bien estructurada y la navegación por las distintas secciones es bastante ágil (aunque esto estará condicionado también por el ancho de banda que cada usuario tenga contratado con su distribuidor de Internet).

El área de Pacientes pretende tener una función de divulgación, aportando información básica sobre un número importante de problemas dermatológicos (La Piel de la A a la Z), así como archivos multimedia (algunos se pueden descargar en mp3); pero a mi juicio, la parte más interesante de esta sección, es la relación de Asociaciones de pacientes (de patologías relacionadas con la dermatología), que además de ser bastante completa, incluye accesos directos a las Web de cada una de ellas.

En lo destinado a Profesionales, destacar las secciones de Formación Continuada, desde donde hay acceso a cursos específicos (aunque requiere clave de usuario), documentos de consenso y a diversa información sobre becas y ayudas; Revista Actas, información sobre la revista Actas Dermo-Sifiligráficas, publicación oficial de la AEDV, (publicación periódica en papel, pero sin acceso online a la revista). Desde el enlace AEDV da acceso a otra publicación: "Dermactual", revista divulgativa, que si tiene acceso completo en pdf. Como aspecto negativo destacaré que muchas secciones están restringidas a los propios miembros de AEDV (única posibilidad de acceso), por lo que requieren clave de acceso.

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

Correspondencia:
luaranton@gmail.com



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

- **El Colegio Ibero Latinoamericano de Dermatología** (Figura 3), pone a disposición de pacientes y profesionales una página Web bastante completa, que destaca sobre todo por proporcionar acceso a diversas revistas de dermatología a texto completo, así como a libros, seminarios e incluso un atlas dermatológico.
- **Especialistas Dermatología.com** (Figura 4): Propone una página Web bastante sobria, pero con acceso a cantidad de información relacionada y relevante, como Revistas especializadas, Guías terapéuticas, Formulación magistral, Biblioteca..., con numerosos enlaces a otras web relacionadas, entre las que destacaría el completo directorio de Sociedades científicas nacionales e internacionales, cuya consulta recomiendo.
- Desde la Web del **Consortio Hospital General Universitario de Valencia** (Figura 5), se permite el acceso a una importante cantidad de información relacionada: Accediendo a Área Médica y Servicios Médicos, podemos entrar en Dermatología y ahí a numerosa documentación interesante. Destacar sin embargo, que si entramos a través del acceso Área de Enfermería y Procesos ambulatorios, podremos acceder a la Unidad de Cuidados dermatológicos, úlceras y Heridas, en donde nuestro presidente Federico Palomar y su equipo, nos ofrecen información, guías y casos clínicos.
- Dentro de las de habla inglesa destacaría la de la **DNA-Dermatology Nurses Association** (Figura 6) por ser específicamente enfermera, pero la oferta es amplísima, solo hay que consultar alguno de los enlaces propuestos en cualquiera de los sitios mencionados.

Dentro del campo de conocimiento de las lesiones dermatológicas, tiene un interés especial la posibilidad de acceso a determinada iconografía, como pueden ser Casos clínicos o Atlas visuales, ya que permiten a profesionales menos avezados, disponer de un fondo fotográfico con el que poder comparar lesiones y características.

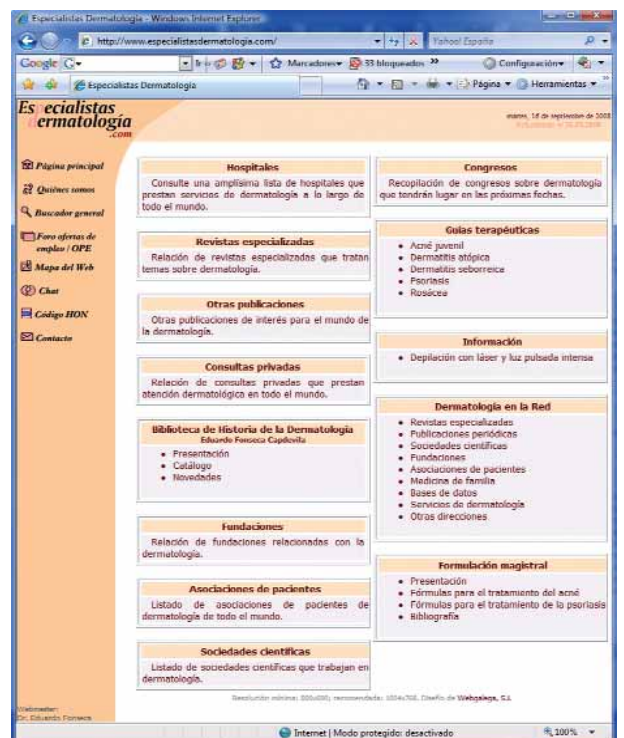


Figura 4.



Figura 5.



Figura 8.



Figura 6.

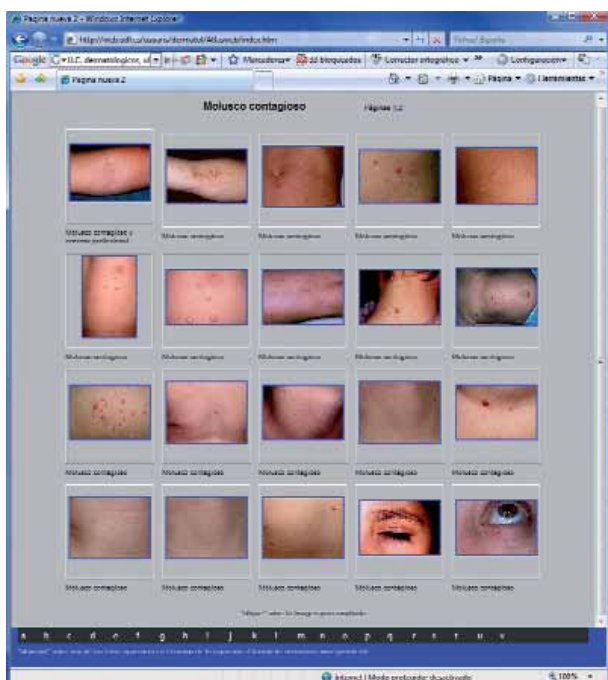


Figura 7.

Disponemos en Internet de cientos de miles de accesos a atlas dermatológicos, alguno de ellos desde las páginas ya mencionadas a lo largo del artículo y otros con Web específica, pero no menos interesante:

- **DermIS** (<http://www.dermis.net>): uno de los mejores y más completos, aunque está en inglés.
- **Dermatlas** (<http://dermatlas.med.jhmi.edu/derm>), con una base de datos impresionante.
- **Dermatoweb**, nos ofrece desde el Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, un Atlas de Dermatología (<http://web.udl.es/usuarios/dermatol/Atlasweb/index.htm>) muy bien documentado y con posibilidad de ampliar las fotos (Figura 7).
- La Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá, también presenta un **Atlas Virtual de Dermatología** muy bien estructurado y muy completo (<http://www.telmeds.org/AVIM/Aderma>).
- Existen muchos otros como el de **Derweb** (<http://www.dermweb.com/atlas>), el **Atlas de Cirugía Dermatológica** (<http://www.cirurgiaderma.com>) o el **Atlas de Dermatología Pediátrica** (<http://www.iqb.es/dermatologia/atlas/toc00.htm>) (Figura 8) y muchos más que sería imposible reproducir, pero que están ahí esperando a que los encontremos a través de algún buscador; así que ánimo, que merece la pena.

Para finalizar la sección quisiera recomendar a todos los que pudierais estar interesados, que en alguno de los accesos comentado, se puede acceder a libros de Dermatología con acceso completo, bien en formato pdf, bien en formato html, pero en cualquier caso, podemos consultarlos e incluso en algún caso, se permite su descarga a nuestro equipo informático http://www.medicinainformacion.com/dermatologia_libros.htm (Figura 9). Como siempre, espero que os haya resultado interesante. Agradecería cualquier sugerencia sobre nuevos contenidos que os gustaría se abordasen en esta sección. Tenéis a vuestra disposición mi correo electrónico: luaranton@gmail.com.

Gracias por estar ahí.