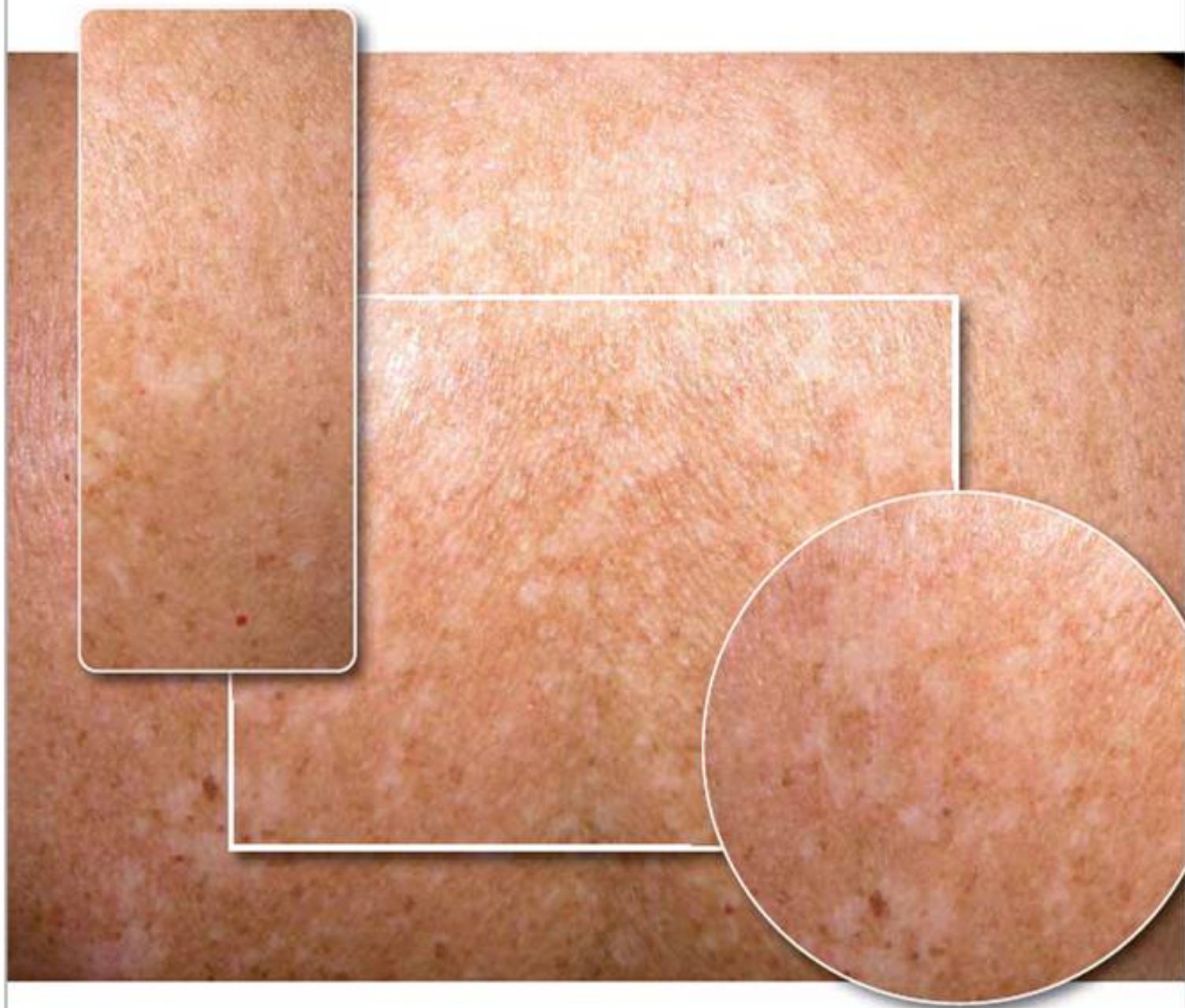


ENFERMERÍA
dermatológica
ANEDIDIC
www.anedidic.org



número **04**
año 2 • abril-mayo-junio 2008

Guía de actuación en lesiones Oncológicas

La problemática que generan las lesiones oncológicas o neoplásicas es especialmente importante por tratarse de pacientes con unas condiciones físicas, a veces muy comprometidas (secundarias a la patología de base y estado evolutivo de la misma) y por las propias características de las lesiones, que van a condicionar la necesidad de un abordaje específico, que no siempre se va a corresponder con el que se recomienda en cualquier otro tipo de lesión aguda o crónica (úlceras vasculares, por presión, pie diabético...). Este artículo pretende pues, contribuir a clarificar estos aspectos, partiendo de que ni todas las heridas crónicas son benignas, ni el abordaje habitual es siempre el más adecuado, pues además de tener en cuenta las características habituales de la lesión (aspecto, estructuras anatómicas afectadas, profundidad, cantidad y tipo de exudado...) habrá que considerar otras como: presencia o no, de células tumorales en el lecho de la lesión, tipo de tumor y características evolutivas del mismo, expectativa de vida del paciente, zona afectada expuesta o no, presencia de lesiones satélites, etc.

Cualquier lesión crónica que no cicatriza en un periodo de más de seis semanas y que sea susceptible de degenerar en un tumor, tiene que mantenernos "alerta", pues la derivación a la especialidad correspondiente (dermatología, cirugía...) es absolutamente imprescindible para garantizar una asistencia adecuada.

Una valoración holística, nos permitirá establecer un plan de cuidados individualizado, en el que frecuentemente el objetivo a conseguir no se centrará en cicatrizar las lesiones, sino en proporcionar a nuestros pacientes la mejor calidad de vida posible, garantizando de esta manera su autonomía y confort.

Palabras clave: Tumor, úlcera, cuidados enfermería

Introducción

Cuando hablamos de lesiones tumorales, oncológicas o neoplásicas que derivan en un deterioro de la integridad cutánea, hemos de ser conscientes, de que no estamos ante una úlcera tradicional, ni siquiera similar a otras heridas crónicas o agudas; ya que frecuentemente son lesiones en las que está en juego la vida del paciente y cuyo condicionante principal para su abordaje y evolución, va a ser la etiología y localización de la lesión.

Este tipo de lesiones no se pueden clasificar en grados o estadios de afectación, ya que son lesiones en las que la enfermedad de base, puede tener origen en mesenquima, epidérmico, melanocítico, células T, venoso, etc y en las que va a jugar un papel muy importante el estado inmunitario del paciente (inmunodeprimidos), pudiendo presentar clínica muy distinta y variable, en función de todas esas circunstancias, así como presentar metástasis por distintas vías (linfática, sanguínea, satélites cutáneos)^(1,2).

Se estima que aproximadamente entre un 5-10% de la patología neoplásica, presenta afectación cutánea, aunque no se sabe con exactitud la proporción que llega a desarrollar úlceras tumorales⁽³⁾. Aspectos como dolor, ansiedad, angustia, alteración de la imagen corporal, pérdida de autoestima, mal olor, exceso de exudado, hemorragias, aislamiento social, problemas de nutrición o dificultad en las curas, son relativamente frecuentes y por lo tanto han de ser debidamente abordados.

Para una mejor comprensión del tema hemos decidido establecer tres categorías de lesiones: Lesiones tumorales o neoplásicas, Lesiones post-oncológicas y Radiodermitis.

1. Lesión tumoral o neoplásica

Es la alteración causada por la infiltración de un tumor en la piel y/o red vascular y linfática adyacente. Su frecuencia es más importante en pacientes de edad avanzada con metástasis de neoplasias primarias y en situación terminal⁽⁴⁾, lo que muchas veces va a condicionar su tratamiento hacia el objetivo de mantener la mejor calidad de vida posible y al control de los síntomas (abordaje paliativo). Los tumores que más frecuentemente pueden derivar en deterioro de la integridad cutánea y/o tisular son los de mama, sarcomas, melanomas o carcinomas de células escamosas, bien sean primarios o secundarios a metástasis. Como características principales destacar que presentan formas irregulares, con lecho ulcerar necrótico, abundante tejido desvitalizado y bordes elevados; en general presentan aspecto friable (frágil, que se rompe o sangra con facilidad). Aproximadamente un 62% se localizan en tórax y un 24% en cuello, aunque pueden aparecer en cualquier zona anatómica del cuerpo.

F. Palomar Llatas,
B. Fornes Pujalte,
P. Díez Fornes,

V. Muñoz Mañez y
V. Lucha Fernández.

Unidad de Enfermería
Dermatológica, úlceras
y heridas. CHGUV.

L. Arantón Areosa,
Supervisor Calidad,
Área Sanitaria de Ferrol.
A Coruña.

Correspondencia:
ulceras_hgv@gva.es



Foto 1.



Foto 2.



Foto 3.

- **Queratocantoma:**

Es una lesión benigna pero su aspecto clínico nos hace pensar a veces en un carcinoma epidermoide. Es duro a la palpación; su componente principal es vascular y su evolución rápida. Es una tumoración con tendencia a ulcerarse y a presentar ligera hiperqueratosis sobre el borde, aunque su aparición suele ser secundaria a un pequeño traumatismo con solución de continuidad de la piel. (foto 1)

- **Enfermedad de bowen:**

Mácula, pápula escamosa hiperqueratósica a veces de aspecto verrugoso, se extiende principalmente por todo el espesor de la epidermis, con zonas fisuradas y erosivas. Es considerado como un epidermoide in situ, aparece en lesiones con gran exposición a radiaciones ultravioletas (UV).

- **Enfermedad de paget:**

Un 25% de estas lesiones presentan un carcinoma subyacente y el 4% de éstas, degeneran en una neoplasia de mama. Presentan placa eritematosa con secreciones serohemorrágicas y erosiones; es unilateral, pruriginosa y no responden a tratamientos tópicos.

- **Eritroplasia de queyrat:**

Placa brillante aterciopelada del glande, es un carcinoma epidermoide in situ, que suele darse entre los 30/60 años, en hombres no circuncidados; puede presentar ulceración y ser invasiva con metástasis. En su etiología destaca el esmegma (secreción balanoprepucial), déficit de higiene, traumatismos o fricción.

- **Eritroplasia:**

Son un 95% de los tumores espinocelulares orales; presentan placa rojiza aterciopelada; suele darse en fumadores, masticadores de tabaco o bebedores de alcohol; aproximadamente un 2% son leucoplasias.

- **Leucoplasia:**

Lesión hiperqueratósica en la superficie mucosa (labio, lengua, mucosa yugal, paladar) en forma de placa blanca producida por una irritación crónica (tabaco, traumatismos, fricción o infecciones crónicas). Entre los 50/70 años y principalmente en el hombre, un 2-4% degeneran en epidermoide.

- **Cuerno cutáneo:**

Es una forma frecuente de aparición de carcinoma epidermoide, principalmente en la cara, dorso de manos y labio inferior. Puede aparecer sobre piel sana o sobre una queratosis. En su base presenta una infiltración y destaca la formación de una engrosada capa queratósica que al desprenderse, deja una ulceración sangrante en su base.



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

cristalina

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 (DC) 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 dedos: 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. **POSOLÓGIA:** 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:
Cristalina solución 1% envase 500 ml
Cristalina solución 1% envase 125 ml
Cristalina solución 1% envase 25 ml
Cristalina solución 1% monodosis
OTRAS PRESENTACIONES:
Cristalina film 1% gel envase 100 g
Cristalina film 1% gel envase 30 g
Cristalina Plus solución 1% envase 30 ml

InfoSalvat
900 80 50 80
infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad



Foto 4.



Foto 5.



Foto 8.

Foto cedida por:
Ramón Dura CAP de
Torrent



Foto 6.



Foto 7.

Bibliografía:

- 1 *García Díez A. Avances en el tratamiento del cáncer cutáneo.* Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.
- 2 *Mejina Martínez P, Hernández Machado V, González Mestre V. Manual de Cirugía Plástica, "Tumores epiteliales malignos".* Sociedad Española de cirugía plástica reparadora y estética.
- 3 *Pozo Villa R y Lapeira Cabello JM. Úlceras tumorales em cuidados paliativos.* A propósito de um caso. *Med Pal* 2007; 14 (2): 66-68.
- 4 *Blanco Blanco J. Los apósitos de plata, una nueva herramienta para el abordaje de las heridas neoplásicas.* A propósito de un caso. *Med Pal* 2006; 13 (3): 120-124.
- 5 *Aranda Martínez JM, Castro Marco MV, Galindo Carlos A, Ledo García MJ, Martínez Cuervo F, Moreno-Guerín Baños A y Palomar Llatas F, Romo Sanz MI, Ruda Resilina E, Soto Martínez MA, Torres de Castro OG, Vigil Escalera Quintanal LJ. Versión española revisada y adaptada de la "Valoración y cuidado del paciente con heridas crónicas dolorosas" de Dr. Karsten Foggh® 11/2006.* Coloplast productos médicos S.A. Noviembre de 2006. referencia GU696.

• Úlcera de marjolin:

JN Marjolin la describió, tras la aparición de un epiteloma epidermoide en una antigua cicatriz epidermoide, dándole el nombre de úlcera de Marjolin (foto 2 y 3). Podrían ser lesiones premalignas las cicatrices crónicas, úlceras crónicas, cicatrices de quemaduras, osteomielitis crónica, hidradenitis crónica supurativa y acné vulgar cicatricial.

• Carcinoma basocelular:

Denominado también como epiteloma basocelular o basalioma (foto 4). Suele darse en pacientes de piel blanca, sensibles al sol (tipo I y II), con daños actínicos por radiaciones solares ultravioletas (UVB), radiaciones artificiales (fototerapia, fotoquimioterapia), radiación X o cobaltoterapia. Frecuentes en cicatrices de quemaduras, úlceras crónicas, y en estado de continua extensión, micosis fistulizadas, radiodermatitis crónica o estímulos mecánicos crónicos. Un 4,4% aparece en úlceras de MMII (el 75% son basocelulares).

Se suelen presentar en varias formas clínicas:

- a) Nódulo ulcerativo o ulcus rodenas:** es el más frecuente.
- b) Pigmentado:** de color negro marrón y superficie brillante, centro duro y firme, hay que diferenciarlo del melanoma maligno.
- c) Esclerodermiforme o morfeiforme:** en nariz, frente y mejillas; de color blanco y amarillento, con superficie plana y radioresistente.
- d) Superficial o pagetoide:** placa eritematosa de crecimiento lento y centrifugo, borde perlado y mas frecuente en tronco.
- e) Terebrante:** forma ulcerada que destruye y penetra en los tejidos subyacentes (5).

• Carcinoma espinocelular:

Denominado también epiteloma espinocelular o carcinoma escamoso (foto 5). Frecuente en sujetos con piel blanca y poca melanina (tipos I y II), expuestos a radiaciones artificiales (fototerapia, fotoquimioterapia) y radiación X. Aparecen en lesiones preneoplásicas, cicatrices de quemaduras, crónicas y en estado de continua extensión, micosis fistulizadas, radiodermatitis crónica, estímulos mecánicos crónicos, úlceras de

larga evolución (Marjolin), en úlceras de MMII en un 4'4% y de estas el 25% son espinocelulares. Es menos frecuente que el basocelular en relación de 1/10 y mas frecuente en hombres (entre 60/80 años) con trabajo al aire libre (especialmente en el medio rural).

Localizaciones topográficas: labio inferior, manos, brazos, genitales y mucosas. Tienen tendencia a metastatizar por vía linfática, principalmente los de mayor tamaño y cuando la invasión afecta por debajo de las glandulas sudoríparas de la dermis.

a) Carcinoma espinocelular intraepidémico: puede tener su origen en lesiones cutáneas ya existentes.

b) Carcinoma espinocelular invasor: el crecimiento es ilimitado, infiltrante y rápido, afecta al estado general y puede producir la muerte.

• Melanoma:

Puede presentar un crecimiento vertical o radial. Su color varía entre negro, azul, pardo o rejizo, a veces incluso carece de pigmento (melanoma acrómico) lo que dificulta el diagnóstico. Posteriormente se desarrollan nódulos tumorales en la superficie que pueden llegar a ulcerarse y sangrar. En zonas sometidas a presión (acral) son frecuentes la aparición de erosiones y ulceraciones (foto 6).

Clínica del melanoma maligno: Existen cuatro formas clínicas:

- a) Léntigo melanoma maligno.
- b) Melanoma de extensión superficial.
- c) Melanoma nodular.
- d) Melanoma lentiginoso acral.

• Linfangiosarcoma:

Angiosarcoma (foto 7) cutáneo asociado a linfedema crónico, que fue descrito por Stewart y Treves en una casuística de seis casos de mujeres mastectomizadas por neo de mama y con linfadenectomía. Clínicamente presenta una área indurada, con tonalidad violácea, edema y nódulos con tendencia a la ulceración. En estadios avanzados presenta dolor y lesiones que afectan a todo el brazo, incluida la mano y la parte torácica proximal. Tiene mal pronóstico y es metastático.



Foto 9.



Tejido neoplásico.

• Sarcoma de partes blandas:

Son lesiones tumorales originarias en el mesenquima, poco frecuentes. Afectan a tejido no óseo y se denominan según la afectación sea en tejido adiposo, nervios, músculos, tejido fibroso... (liposarcoma, fibrosarcoma, etc). Su malignidad no depende del origen del tumor sino del potencial metastásico (Foto 8).

La clínica, presenta una tumoración que va en aumento, con dolor e incapacidad funcional (si la afectación es en un miembro), siendo su aparición en un 20% en MMSS y un 40% en MMII (la edad media está entre los 20 a 60 años).

• Sarcoma de kaposi:

Patología secundaria o complicación de pacientes con SIDA, patogenia limitada a pacientes inmunodeprimidos con trasplante renal, ancianos de origen judíos del area mediterránea y países de centro África. La etiología está influenciada por citomegalovirus, papilomavirus y diversos tipos de herpes virus para la variante detectada en pacientes homosexuales (considerada por ello como enfermedad de transmisión sexual). Son lesiones principalmente en extremidades inferiores con máculas azuladas, que degeneran en nódulos hiperqueratósicos y ulcerados (foto 9).

• Linfomas:

Linfoma cutáneos de células T (MF) micosis fungoide con un 2'2% de los linfomas, la incidencia es de 1-3 para mujer-hombre y principalmente entre la 4ª y 6ª década. Es un tumor formado por linfocitos T. La clínica consiste en una placa eritematosa en tronco y zonas generalmente no fotoexpuestas⁽⁶⁾. Son lesiones con bordes poco definidos, asimétricas, con ligera descamación, las placas pueden ir en aumento y formar tumores que pueden ulcerarse, presentando afectación ganglionar y visceral en estados avanzados de enfermedad. También puede aparecer en nódulo con adherencias a tejidos adyacentes.

2. Lesión post-oncológica

Usaremos este término para designar a aquellas lesiones secundarias al tratamiento médico o quirúrgico del tumor. Incluyen pues, un amplio abanico de situaciones, que van desde la escisión, extirpación y sutura, hasta las derivadas de los tratamientos a que se somete al paciente. Se incluirían aquí las lesiones que se suelen presentar tras extravasación de quimioterapia; éstas son frecuentes en zonas de punción endovenosa (sobre todo en flexura de brazos), presentando signos



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, Acido l-carbamil-glutámico 200 mg, Metionina (D.C.I.) 200 mg, Mesoinositol 200 mg, Nitrofurural (D.C.I.) 2 g. Excipientes: Macrogol 400, Macrogol 4000. Indicaciones: Heridas y úlceras tórpidas e isquémicas que presentan necrosis o detritus. Úlceras por decúbito. Quemaduras de segundo y tercer grado. 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 nitrofurural, pueden ocasionalmente presentarse manifestaciones cutáneas de tipo alérgico, que desaparecen al suspender el tratamiento. Intoxicación y su tratamiento: No se ha descrito ningún caso de intoxicación por efectos de este producto. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono: 91 562 04 20. Presentación: Tubo de 40 g. Sin receta médica. PVP: 7,21 PVP(IVA): 7,49 euros.

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

SALVAT
innovación y salud



Foto 10.



Foto 11.



Foto 12.

de induración local, edema, dolor y eritema, que en unas 24 horas evoluciona a necrosis (con placa negra) que aumenta en extensión en función de la dosis extravasada y de los tejidos adyacentes; el tratamiento requiere desbridamiento de todo el tejido necrosado; siendo frecuente su resolución por vía quirúrgica (colgajo o injerto completo de piel).

3. Radiodermitis

Si bien está englobada en el grupo de post-oncológicas, pues en realidad son un efecto secundario al tratamiento con radiaciones ionizantes, las trataremos por separado, porque son las únicas lesiones oncológicas, en las que estaría indicado establecer una clasificación por grados. En la tabla adjunta (tabla 1), exponemos la clasificación de Añón JL y cols⁽⁷⁾ que recomendamos, ya que es precisa en la identificación de los signos y gravedad de los mismos.

La radiodermitis (foto 10) presenta a corto y largo plazo lesiones cutáneas (úlceras y carcinomas) con sus respectivas repercusiones psicológicas en los pacientes.

La clínica que presentan se caracteriza principalmente por una xerosis extrema (piel seca), acompañada de eritema (quemadura), fibrosis cutánea con esclerosis capilar, alteraciones en la pigmentación cutánea, disfunción secretora glandular (sebácea, sudorípara), alteraciones en la mitosis celular (principalmente aumento de la basal) y afectación del folículo piloso. Esta clínica puede estar condicionada por factores como región anatómica afectada por la radiación (pliegues), estado nutricional e higiene del paciente, farmacoterapia coadyuvante, estado inmunológico y sobre todo por el tiempo y la dosis de radioterapia que se administra. Además en algunas zonas post-quirúrgicas radiadas, podemos encontrar dehiscencias (fotos 11 y 12) con lesiones muy exudativas, en cuyo lecho presentan abundante tejido de granulación, pero que son de difícil cicatrización. En la tabla 2, se detallan de forma esquematizada, a modo de esquema comparativo, las características, manifestaciones y síntomas más relevantes, que podemos encontrarnos entre las lesiones tumorales y las heridas post-oncológicas (sirva como propuesta de aspectos a tener en cuenta para su diferenciación).

Abordaje de enfermería

Partimos de que, frente a ciertas heridas oncológicas, tendremos que establecer cuidados paliativos, ya que la curación no será posible y objetivo principal pasa a ser, mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

De todas las características que presentan estos pacientes, destacan por su repercusión, los aspectos y conflictos psicoemocionales (tanto del paciente, como de la familia). El paciente pasa por unas fases impactantes como son: conocer in situ "el cáncer", tratamiento durísimos, sufrimiento físico y mental e incluso la sensación de proximidad a la muerte, que generan sufrimiento y ansiedad también en la familia⁽⁸⁾; se trata además de patologías epidemiológicamente muy importantes e impactantes, cara a la sociedad, la administración, la familia, el personal dedicado a la salud, etc., por lo que tendremos que afrontar dentro de nuestras competencias, esta ayuda al paciente, con el apoyo del equipo multidisciplinar (psicólogos, trabajadores sociales...). La actuación de enfermería frente a este tipo de lesiones la enfocaremos desde un punto de vista de tratamiento tópico-paliativo (y psicológico) del paciente y familia⁽⁹⁾. Los cuidados a administrar estarán absolutamente condicionados por la sintomatología y características concretas que presente cada paciente:

1. El dolor

Es una de las caudas principales de que se acentúe la ansiedad y el estrés de un individuo; el umbral del dolor en estos pacientes puede ser muy bajo, por el posible deterioro físico y por estar habituados a tratamientos opiáceos^(5 y 10). En muchos casos puede depender del tipo de tumor o afectación de zonas radiadas.

Será nuestra misión y nuestra obligación, proporcionar en los tratamientos tópicos, productos que contribuyan a mitigar el dolor (o al menos a no incrementarlo), tratamientos menos irritativos y más confortables para el paciente, como puede ser el uso de hidrogeles en zonas con presencia de esfacelos, o de apósitos con muy baja adherencia al lecho de la lesión, para que a la hora de retirada de estos sean lo menos molestos posible para el paciente (mallas siliconadas, mallas de hidrocoloides). Tendremos en cuenta que todos los productos que gelifican en contacto con el exudado de las lesiones, forman una especie de barrera protectora con ese gel, que protege las terminaciones nerviosas expuestas (y los receptores del dolor), por lo que podrían considerarse una alternativa válida y de primer orden en estos casos.

2. Neutralización del olor

Las lesiones por dehiscencias o post-quirúrgicas al tumor que afloran de nuevo (y algunas otras tumorales, úlceras y evolucionadas), son lesiones muy exudativas y por tanto presentan alto riesgo de colonización crítica, que puede conllevar la

Bibliografía: (continuación)

- 6 Abellaneda Fernández C, Mas Ferrá A y Estrach Panella T. **Unfomas cutáneas primarias**. Dermatología práctica 2006; 14 (1):8-16.
- 7 Añón Vera JL y cols. **Manual sugerencias en la prevención y tratamiento de la radiodermitis**. Editores médicos SA EDIMA. Coloplast productos médicos SA.
- 8 Guinot Rodríguez JL. **Atención al paciente oncológico**. Master Oficial para la formación en la investigación universitaria y del programa de doctorado.
- 9 Arantón L, Beaskootxea, MP, Capillas R, Cerame S, Coiduras JM, Collado F, Manzanero MJ, Palomar F, Segovia T, Subirá A. **Módulo V Calidad de vida en los pacientes con heridas** © 2008, E.R Squibb & Sons, L.L.C. Convatec.
- 10 Aranda Martínez JM, Castro Marco MV, Galindo Carlos A, Ledo García MJ, Martínez Cuervo F, Moreno-Guerín Baños A y Palomar Llatas F. **El dolor en las heridas crónicas**. Rev ROL Enf 2007; 30(5).
- 11 **Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008**. NANDA Internacional. Elsevier España SA. Madrid 2007.

GRADO	RADIODERMITIS
0	Piel aspecto normal.
I	Eritema folicular débil, depilación, descamación seca y disminución sudoración.
II	Eritema tenso brillante, edema moderado, descamación húmeda.
III	Descamación húmeda confluyente, edema con fovea.
IV	Descamación húmeda hemorrágica, ulceración y necrosis.

Tabla 1.

	Tumores	Heridas post-oncológicas
Bordes	Bordes sobreelevados, infiltrados y perlados (C. basocelular) o mamelonado (C. espino)	Bordes no sobreelevados e invaginados
Dolor	No	Circunstancialmente y punzante
Color lesión	Según etiología: eritematoso, violáceo, negro-marrón, perlado	Rojo (granulación), amarillo (esfacelos)
Olor	Puede llegar a ser muy intenso y desagradable	Moderado e intenso si signos de colonización crítica
Pulsos	Normal	Normal
Piel perilesional	Normal, eritema y en algunos casos descamación	Inflamación
Localización	Principalmente cara y tronco. Úlceras > 5 años en MMII, UPP > 5 años, cicatrices por antiguas quemaduras	Dehiscencias de resecciones tumorales, zonas radiadas, extravasación citostáticos
Características	Lecho blando con esfacelos y fácil sangrado, Nódulo duro y con adherencias a tejidos adyacentes	Heridas abiertas y cavidades generalmente, tejido de granulación con esfacelos y duros al tacto.
Predisposición	Todas las edades	Todas las edades
Edemas	No	Si, loco-regional
Temperatura	Normal	Si, infección
Psique/emocional	Dependerá grado de aceptación	Dependerá grado de aceptación

Tabla 2.

agudización del olor, haciéndolo característico, denso, fuerte y desagradable, que se acentúa con el calor. La pulverización de colonias u otros aromas en el habitáculo del paciente, no hace sino empeorar dicha situación.

El tratamiento tópico ideal en estos casos, consiste en acortar el periodo entre el cambio de apósitos, ajustándolo a la frecuencia que se requiera en función de la saturación del apósito con el exudado. La utilización de apósitos con carbón activado (productos específicos para el control del olor) y apósitos de componente argéntico según consideremos la presencia de colonización crítica o de infección, también resultarán alternativas útiles y eficaces.

Otra alternativa, si el mal olor se asocia a la presencia de gérmenes anaerobios en el lecho ulceral, sería la aplicación tópica de un antibiótico (Metronidazol), que se muestra generalmente eficaz. Comentar que el uso de antibióticos tópicos en heridas, está contraindicado, por el elevado riesgo de incrementar las resistencias de los gérmenes a los antibióticos, pero es ésta, una de las pocas excepciones en que estaría justificado su uso (con carácter paliativo).

3. Disminuir el riesgo de infección y control de la carga bacteriana

Hay lesiones, como el tumor de laringe o como un vaciamiento ganglionar tras la extirpación de un epidermoide de suelo de boca (que puede llegar a aflorar a posteriori en la zona radiada),



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



el apósito de espuma que mimas la herida y su entorno



"NO ADHESIVOS" FINANCIADOS POR LA SEGURIDAD SOCIAL

Suave

Gran control del exudado

No se adhiere al lecho ulceral

Se adapta perfectamente al cuerpo del paciente

InfoSalvat

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad

	Tumoral	Heridas postoncológicas	Componente Arterial	Componente Venoso	Hipertensiva o Mixta	UPP	Pie diabético	
							Neuropática	Isquémica
Dolor	No	Circunstan- cialmente y punzante	Brusco y agudo, muy doloroso, claudica con pierna en declive	Dolor muscular profundo. Se alivia con elevación de MI	Brusco y agudo, muy doloroso y punzante	Dolor al tacto y manipulación de la herida	Ausente, si dolor posible infección	Intenso
Pulsos	Normal	Normal	Débil o ausente	Normales	Normales	-----	Normales	Ausente o débil
Olor	Moderado	Puede ser intenso, si signos de infección	Normal	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Normal
Color lesión	Según etiología: eritematoso, violáceo, negro-marrón, perlado	Rojo (granulación), amarillo (esfacelos), negro (necrosis seca)	Rojo (granulación), amarillo (esfacelos), negro (necrosis seca)	Rojo (granulación), amarillo (esfacelos), negro (necrosis seca)	Rojo (granulación), amarillo (esfacelos), negro (necrosis seca)	Rojo (granulación), amarillo (esfacelos), negro (necrosis seca)	Rojo (granulación), amarillo (esfacelos), negro (necrosis seca)	Rojo (granulación), amarillo (esfacelos), negro (necrosis seca)
Bordes	Sobreelevados, infiltrados y perlados (C. basocelular) o mameionado (C. espino)	No sobreelevados e invaginados	Lisos	Bordes desiguales y estrellados	Bordes irregulares	Lisos	Romos	Lisos
Piel perilesional	Normal en algunos casos descamación	Inflamación	Delgada, brillante y seca, sin vello, palidez a la elevación, atrofia o sin cambios de tamaño	Edema firme, color rojo pardo, evidencia de úlceras curadas, varices	Edema, varices, piel atrófica, ausencia de vello	Erosiones, edematosa y con eritema	Hiperqueratosis, edematizado tumefacción en infección	Edema locoregional
Localización	Principalmente cara y tronco. Úlceras > 5 años en MMII, UPP > 5 años, cicatrices por antiguas quemaduras	Dehiscencias de resecciones tumorales, zonas radiadas, extravasación citostáticos	En la punta de los dedos, articulaciones falángicas, talón, maléolo externo, cabeza metatarsianos, lados y plantas pies	Alrededor del maléolo interno, área pretibial	Alrededor de maléolos	Principalmente en sacro el 36% y en talones en un 33%. Zonas de presión	Planta del pie y cabeza de metatarsianos	Interdigital, primeras falanges, talón e incluso todo el pie
Características	Lecho blando con esfacelos y fácil sangrado. Nódulo duro y con adherencias a tejidos adyacentes	Heridas abiertas y cavitadas, tejido de granulación con esfacelos y duras al tacto	Bordes bien definidos, necrosis, base profunda, pálida no hemorrágicas, pequeñas	Tejido de granulación y hemorragias, grandes de tamaño	Tejido de granulación y bordes con zonas de esfacelos o necrosis	Según grado, desde eritema en grado I a cavitadas y afectación ósea en grado IV	Úlcera con hiperqueratosis alrededor	Placas de necrosis o esfacelos en fondo de úlcera
Predisposición	Todas la edades	Todas las edades	Arteriosclerosis, diabéticos, edad avanzada	Tromboflebitis, varices	Hipertensos	Encamados con presión regional, humedad, cizallamiento y fricción	Enfermos diabéticos con enfermedad de mas de 10 años de evolución	
Edemas	No	Si, loco-regional	No?	Si	Si	Si?	Si?	Si?
Uñas	-----	-----	Engrosadas	Normales	Uñas engrosadas	-----	Engrosadas	Normales
Temperatura	Normal	Si, infección	Fría	Normal o elevada	Normal	Normal	Normal y elevada	Fría
ITB	-----	-----	Inferior a 0'8	0'9 - 1'2	0'7 - 1'00	-----	1'3	0'5
Psique/emocional	Dependerá grado de aceptación	Dependerá grado de aceptación	Irritable	Indiferente	Irritable	Según deterioro cognitivo	Indiferente	Irritable

Tabla 3.

que van a condicionar la presencia de una colonia polimicrobiana muy importante (en saliva y exudados), que podría llegar a complicar la situación. En estos casos, tal y como se ha comentado en el punto anterior, la utilización de apósitos con plata, resultaría eficaz para inhibir y combatir la proliferación microbiana.

4. Fugas de exudado

La utilización de apósitos adecuados que actúen con una excelente gestión de los exudados, hará mas confortable la vida al paciente; ya hemos comentado que se trata de lesiones altamente exudativas y que si controlamos el nivel de exudado, controlaremos el estado de la piel perilesional, evitando que se macere, irrite o escorie, lo que derivaría en un incremento del tamaño de la herida. Dentro de este apartado, tendremos en cuenta que los apósitos y la oclusión de la herida, deben de ser lo menos aparatosos, voluminosos e incómodos para el paciente, haciendo que la actividad diaria del paciente sea lo más confortable posible.

5. Cicatrización

La cicatrización de determinadas heridas es imposible (un tumor que evoluciona o una lesión con células tumorales multiplicándose, no tiende a cicatrizar, usemos el tratamiento que usemos), por ello nuestro esfuerzo se centrará, como decíamos antes, en que los tratamientos tópicos reúnan todas las características recogidas en estos 6 puntos, primando la calidad de vida y el confort del paciente, sobre cualquier otro aspecto; el objetivo de tratamiento será administrar los mejores cuidados posibles, pero desde una perspectiva paliativa, que asegure el confort, la dignidad del paciente.

6. Aspectos psicoemocionales

El alto grado de ansiedad del paciente, causado por tener cara a cara, la llegada de la muerte, por ver afectada su imagen corporal, o incluso por la sensación y sentimiento de sentirse una carga para su familia; al igual que el de la familia, ante las difi-



cultades que provoca la enfermedad en todo su entorno, personal al paciente y familiar, generando sensación de impotencia ante unos acontecimientos que se desencadenan y sobre los que no se puede apenas intervenir, creando un nivel de interdependencia, que va a terminar afectando a la vida cotidiana y a la armonía de esa unidad familiar, van a necesitar del esfuerzo de todo el equipo interdisciplinar, siendo muy importante la presencia de profesionales específicos en la gestión de este tipo de problemas.

Resaltar la necesidad de establecer un adecuado plan de cuidados, que ha de asentarse en una cuidada y minuciosa valoración holística de enfermería, para garantizar que los cuidados que planifiquemos y administremos sean los mejores posibles y los más adecuados según el momento en que se encuentre. Destacar también la importancia de cumplir los registros oportunos, que han de ser lo más completos posible, procurando documentar la situación, evolución, pautas establecidas (y respuesta a las mismas), solo así estaremos en disposición de garantizar una adecuada continuidad de cuidados (independientemente del profesional que actúe en cada momento concreto).

Según la taxonomía diagnóstica de la NANDA⁽¹¹⁾, dentro de los diagnósticos enfermeros posibles, que podemos identificar en este tipo de pacientes, destacaremos los siguientes:

- Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- Duelo anticipado.
- Duelo disfuncional.
- Dolor crónico.
- Ansiedad ante la muerte.
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- Deterioro de la integridad tisular.
- Riesgo de lesión.
- Riesgo de lesión perioperatoria.
- Trastorno de la imagen corporal.
- Riesgo de infección.
- Sufrimiento espiritual.
- Cansancio en el desempeño del rol de cuidador.
- Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador.

En la tabla 3 se detallan la diferenciación y características más significativas de las lesiones cutáneas que con más frecuencia podemos encontrarnos en consulta.

No quisiéramos terminar, sin resaltar otras consideraciones, a nuestro juicio igual de importantes, ya que al igual que decíamos al principio, que cualquier lesión es susceptible de malignizarse, hemos de tener en cuenta también, que cualquier paciente afectado de una neoplásica (con o sin lesiones neoplásicas que deriven en deterioro de la integridad cutánea o tisular) es susceptible de desarrollar lesiones por presión o de cualquier otra etiología, por lo que hemos de extremar, más aún si cabe, las medidas de prevención oportunas y establecer, si aparecen lesiones, el abordaje y tratamiento adecuados a cada caso; aspectos como valoración, uso de dispositivos o productos para prevención y/o tratamiento y sobre todo educación sanitaria, cobran, si cabe, una importancia todavía mayor. En cualquier caso, será primordial que la valoración de enfermería, sea desde una perspectiva holística (valorando las lesiones, pero también al paciente, con todas y cada una de las circunstancias que intervienen en el proceso, de forma global, completa y exhaustiva), y que derive en el consiguiente plan de cuidados individualizado. En función de que hayamos sido capaces de identificar adecuadamente los problemas y sus múltiples interrelaciones, estaremos en disposición de administrar a nuestros pacientes, los cuidados de calidad que se merecen, garantizando siempre la mejor atención posible.

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

SureSkin[®] II 
APÓSITOS HIDROCOLOIDES
DE IIª GENERACIÓN

FINANCIADO
POR LA
SEGURIDAD SOCIAL



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

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


SALVAT
innovación y salud

Apósitos en el tratamiento de úlceras y heridas

La cicatrización de una úlcera cutánea crónica o de una herida es un proceso a veces largo, costoso y dinámico sobre la que influyen muchos factores. En este artículo se hace referencia a los productos que nos encontramos en el mercado para el tratamiento de estas lesiones, pero. Teniendo en cuenta, que el tratamiento de una úlcera no engloba solamente lo local, si no que se tiene que realizar una valoración integral del paciente. Para conseguir la curación de una úlcera cutánea crónica, tendremos que tener en cuenta unos factores que nos ayudarán a mejorar o retrasar la cicatrización. Estos factores íntimamente relacionados con el proceso de cicatrización serán tanto generales (edad, estado nutricional, factores de riesgo, toma de fármacos) como locales (humedad, oxígeno, pH tisular, infecciones). **Palabras clave:** úlceras, apósitos.

Introducción

El tratamiento tópico seleccionado para conseguir la cicatrización de las úlceras cutáneas crónicas o heridas, dependerá de las características y estadios de la lesión: necrosis, tejido de granulación, profundidad, tunelización, exudado, signos de infección, piel periulceral.

Un apósito es un producto que cubre, protege y aísla la úlcera de factores externos perjudiciales al medio y que actúa de manera pasiva absorbiendo exudados, o de manera activa modificando el lecho de la herida e interviniendo en el proceso de cicatrización. La cura se ha comentado anteriormente que es dinámica y por lo tanto debe promover la cicatrización. Los requisitos que debe reunir un apósito son: proteger la úlcera de microtraumatismos y de agentes microbianos, mantener la temperatura corporal en el lecho de la lesión y una humedad adecuada que no dañe la piel perilesional ni interfiera en los procesos bioquímicos de la cicatrización, favorecer la autólisis, promover la cicatrización, ser absorbente y controlar el exudado, ser de fácil aplicación y no doloroso al retirarlo, resultar adaptable y poder proteger la piel perilesional, mantener un pH idóneo de 6'6 en el lecho de la úlcera.

Los beneficios que proporciona un apósito son tanto la reducción de los tiempos de curación, reducción de tiempos de enfermería, disminución del dolor por

seguir los principios de la cura en ambiente húmedo y menos manipulación de la herida y por tanto también una mejor calidad de vida del paciente.

Por los años 80 aparecieron en España los apósitos de carboximetil celulosa sódica (hidrocoloides), comenzando con ellos la cura en ambiente húmedo, pero hoy en día ha habido un incremento de los productos disponibles de forma exagerada, lo que nos dificulta su elección si no conocemos las características de cada apósito. Por otro lado, los beneficios de esta proliferación de apósitos es que podemos elegir el producto más adecuado para cada úlcera, según el proceso de cicatrización en que estadio se encuentra.

El conocimiento de estos productos principalmente ha sido referenciado siempre por las casas comerciales o laboratorios, mención especial tiene la edición del vademécum para el cuidado y prevención de herida (1) de A. Roldan y clis, que contribuye enormemente a la comprensión y difusión de estos productos entre los profesionales de la salud.

Elección de un Apósito

La elección del apósito se basará en las características: Cantidad de exudado, dolor, colonización, región anatómica, tunelizaciones, piel perilesional y lecho de la lesión.

Clasificación de los apósitos

Gasas

Los apósitos tradicionales son fundamentalmente los de gasa tejida, impregnada o no con parafina, cremas, pomadas, o humedecida con solución salina u otras soluciones. Su composición es de algodón hidrófilo o sintético. Son útiles para la limpieza de las lesiones y de la piel, en los últimos estadios y principalmente limpia. Hay que cambiarlos diariamente para evitar infecciones y la incorporación con el tejido de granulación, los inconvenientes a la hora de retirarlos son: dolor, hemorragias e incluso retroceso de la cicatrización, suelen quedarse restos del filamentos.

Han quedado relegados en la actualidad por la introducción de nuevos apósitos, que desempeñan un papel activo en la cicatrización de las úlceras y protección de las cicatrices.

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

Correspondencia:
ulceras_hgv@gva.es



Foto 1. **Acidos grasos hiperoxigenados.**



Foto 2. **Apósitos barrera.**



Fotos 3. **Hidrocolooides.**

Celulosa

Formados por una pequeña capa de celulosa adherida a una fibra hipoalérgica de algodón hidrófilo no adhesiva a la piel. Se utiliza para las suturas y lesiones poco exudativas.

Acidos grasos hiperoxigenados

No entran en el apartado de apósitos, pero son productos utilizados para la prevención de úlceras por presión (UPP) principalmente. Presentados en forma de aceite y ligeramente viscosos, son glicéridos hiperoxigenados de ácidos grasos esenciales y tocoferoles 99%, su función es restaurar el manto hidrolipídico de la piel, la restauración celular hidratando la piel y vasodilatadores periféricos. Indicados en la prevención de úlceras por presión tópicamente en las zonas de riesgo y la variante presentada en emulsión o leche indicado en zonas con insuficiencia venosa o arterial. (foto 1)

Apósitos barrera en pulverización o spray

Están compuestos de una solución de polímeros (termopolímero acrílico), un plastificante (polifenil metilsiloxano) y un disolvente (hexametildisiloxano). Tienen la capacidad de formar una barrera protectora en la piel frente agresiones externas y de regenerar el epitelio dañado. Previenen la maceración de la piel perilesional por ser barrera frente a la agresión de exudados y mejora la adhesión de apósitos secundarios. (foto 2)

Apósitos en malla

Existen varios tipos de apósitos, referentes a la protección del lecho de las úlceras y heridas. Son mallas de diversos componentes: Hidrocoloide, siliconadas, libres de partículas, vaselinadas. Su función es evitar la adhesión al lecho o el dolor según el tipo de herida o técnica realizada de los apósitos secundarios. Pueden tener según su componente mayor o menor capacidad de ayuda en la cicatrización o epitelización y su principal función es la no adherencia del lecho de la lesión al apósito secundario.

Hidrocolooides

Es el apósito pionero de las curas en "Ambiente húmedo". Están compuestos por Carboxi-metil-celulosa sódica. Permiten el intercambio gaseoso. En forma de placas son impermeables y flexibles, también los encontramos en forma de malla, pasta, hidrofibra.

Es una sustancia no reabsorbible que absorbe agua por mediación del ión sodio y aumenta de volumen, aplicado en forma de apósitos, hace que las úlceras se mantengan en un ambiente húmedo y cálido, debido a la gelificación del apósito y aumento de su volumen en contacto con el lecho de la herida con el propio exudado, y que lo caracteriza por un cambio de color, olor originado por el desbridamiento autolítico, aumento en los primeros días de tamaño de la lesión y originada por el desbridamiento autolítico que durante su mantenimiento en la lesión hacen estimular la angiogénesis, la proliferación de los queratinocitos y diferenciación de los fibroblastos; estos apósitos se ponen en fase de granulación y con escaso o moderado exudado aunque también se ponen en placas de necrosis inyectadas en su interior con hidrogeles para acelerar el desbridamiento autolítico. Tienen capacidad de protección frente a fricción. En el mercado se presenta en todas las variedades: Apósitos finos, absorbentes, hidrofibra, malla, pasta, gránulos, estos últimos se utilizan en lesiones cavitadas pero poniendo las dos terceras partes de la cavidad. (foto 3)

Poliuretanos

En forma de film transparente, o spray, son apósitos transparentes, finas películas de poliuretano adhesivo, semioclusivos, permeables a gases y vapor de agua e impermeables a agua, nula capacidad de gestión de exudados y si óptimos para fijar otros apósitos secundarios en zonas de difícil adherencia, en el sellado de la terapia por Presión negativa (TPN) o cura por vacío. Tiene muy poca capacidad de absorción y se saturan rápidamente son de fácil visualización para la zona a tratar.

Bibliografía:

- **Vademecum de productos para el cuidado y prevención de las heridas.** Andrés Roldán y cols. Edita ULCERAS.NET.
- **Manual de farmacología.** G. Kuschinsky y H. Lüllmann. Edi. Marín S.A. Bioquímica, L. Stryer, edit. Reverté S.A.
- **Libro resúmenes II Congreso Nacional Enfermería Dermatológica,** marzo 1994, Valencia.
- **Fichas técnicas de productos laboratorios Coloplast prod. Médicos, ConvaTec,** Braum medical, Smith & Nephew.
- **"Apósitos sintéticos en el tratamiento de úlceras crónicas cutáneas"** dermatología practica, Vol. 11, nº 1 enero 2003.
- **"Guía para el cuidado de las heridas",** Prof JM Lachapelle y colaboradores. Editor CREA, Roeselare. 2002
- **"El A. Hialurónico y sus aplicaciones en dermatología".** Aurora Guerra y Enrique Gómez de la Fuente. Actas Dermo-Sifiliográficas 1998, 435-443.



Fotos 4. **Espumas.**

Espumas

Espumas con capacidad de absorber (4 ó 5 veces su volumen), el exudado de lesiones con moderado a alto nivel de exudado, con variabilidad en el poro y de distintas densidades que le harán mas o menos absorbentes, manteniendo los principios de la cura en ambiente húmedo y también protectores frente a presiones externas en zonas de riesgo de UPP, ayudan a un desbridamiento autolítico, si la absorción es vertical no macerarán la piel perilesional, hay intercambio gaseoso pero hacen de barrera frente a microorganismos o líquidos, no se adhieren al lecho de la úlcera, pueden tener una capa adhesiva o necesitar un apósito secundario para su sujeción y están cubiertos por un poliuretano fino que los hace semioclusivos permitiendo el intercambio gaseoso.

La terminología empleada para estos apósitos es muy amplia, según el marketing de las empresa comercial, así se llaman hidrocelulares, hidroalveolares, espumas poliméricas (en inglés "foam"), hidropoliméricos, con gradiente de poro. Son los apósitos que más han proliferado. (foto 4)

Hidrofibras

Se ha comentado en el apartado de los hidrocoloides y tienen como mención especial el poder de absorción y humectante, consiguiendo con ello un aumento del desbridamiento autolítico, muy útil en heridas cavitadas o fistulizadas y son de fácil acoplabilidad. Necesita de apósito secundario. Se presenta en forma de láminas cuadradas, rectangulares, en cinta. (foto 5)

Alginatos

Derivados de las algas marinas, la base es una fibra de alginato cálcico, contiene sales de calcio y al absorber sodio del exudado liberan las sales de calcio, formándose un gel que recubre la herida. Tienen gran capacidad de absorción, hasta 30-40 veces su peso.

Utilizado en heridas de alta y muy alta exudación, infectadas o que precisan desbridamiento autolítico,

muy útiles en heridas cavitadas o fistulizadas. Es hemostático, los iones de calcio inducen la formación de protrombina.

Es un apósito polímero, de ácidos gularónico (forma lentamente el gel y es más rígido) y manurónico (lo contrario al gularónico), con un tejido almohadillado en fibra muy absorbentes, se acopla perfectamente en el lecho de la úlcera. Para su sujeción debe de ponerse un apósito secundario. Se presenta en forma de láminas cuadradas, rectangulares, en cinta. (foto 6)

Hidrogeles

Se presentan en forma de gel, malla o placa, compuestos por agentes humectantes que son polímeros hidrófilos, se componen entre un 60 y un 95% de agua, polisacáridos, pectina, almidón, hidrocoloides, cloruro sódico, e incluso algún producto lleva en su composición alginatos. Son desbridantes autolíticos, alivian el dolor del lecho de la úlcera, favorecen el tejido de granulación y la fase de epitelización y se recomiendan para úlceras no muy exudativas, no recomendado en lesiones muy exudativas por el riesgo de maceración de la piel perilesional. Es compatible tanto con lesiones infectadas, tejido necrótico y tejido de granulación. Necesitan para su acoplamiento un apósito secundario y cambio diario de este.

Carbón activo

Tienen gran capacidad de absorción y resultan especialmente útiles en úlceras malolientes. Se presentan en forma de placas. Son compatibles con infección, tejido desvitalizado y de granulación. (foto 7)

Siliconados

Compuestos por una red de poliamida cubierta de silicona es hidrófoba, por lo que no se adherirá al lecho de la úlcera y si en la piel de alrededor. Esta composición de la base del apósito la encontramos en las espumas y por tanto tienen capacidad de absorción del exudado. Se utilizan en úlceras dolorosas, piel frágil, necróticas o con tejido de granulación. (foto 8)



Foto 5. Hidrofibras.



Foto 6. Alginatos.



Foto 7. Carbón activo.



Foto 8. Siliconados.



Foto 9. Bioactivos.

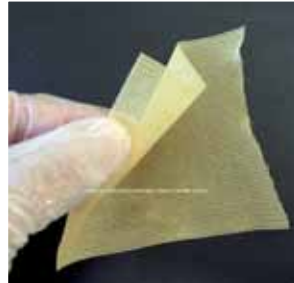


Foto 10. Bioactivos.



Foto 11. Terapia con presión negativa.



Foto 12. Factores crecimiento.

Apósitos con plata

Controlan y reducen la carga bacteriana, presentan amplia capacidad antimicrobiana con un amplio espectro de acción, por lo que resultan una alternativa a la utilización de antibióticos locales, tan controvertida su utilización porque crea resistencias y sensibilizaciones cutáneas, presentan baja absorción sistémica, siendo infrecuentes los casos de argiria, y su principal indicación son las úlceras con colonización crítica aunque se pueden utilizar en casos de infección, donde nos encontramos que la colonia microbiana no está en la superficie de la lesión, sino en el interior de los tejidos blandos y es por ello que cuando se utilicen en casos de infección esta, esté cubierta por el antibiótico correspondiente a su antibiograma. La plata se activa por humedad del exudado, aplicación de hidrogeles o suero fisiológico. La forma de actuar es distinta según los apósitos, unos liberan la plata en el lecho de la herida y en contacto con esta, otros absorben el exudado en el apósito y ahí son liberados los iones plata. En general se utilizarán el tiempo evaluando el beneficio.

Apositos con Ibuprofeno

Los antiinflamatorios no esteroides AINES, tienen a su vez efectos analgésicos y antipiréticos, actúan bloqueando la síntesis de prostaglandinas, es un derivado de arilpropiónico, es utilizado principalmente como analgésico en dolor de cabeza, menstrual, dental, muscular y posquirúrgico, en la actualidad nos encontramos apositos de espuma con ibuprofeno que este se activa en contacto con el exudado absorvido liberandose en el lecho de la lesión.

Bioactivos

Capaces de desempeñar un papel activo en el proceso de cicatrización de las úlceras. Destaca el polvo de colágeno, que acelera la reparación tisular y estimula el proceso de granulación. También el ácido hialurónico que facilita el transporte de iones y de nutrientes, permite la migración celular y estimula la angiogénesis.

Otros apósitos bioactivos son los inhibidores de metaloproteasas estimula la angiogénesis inactivando las proteasas excedentes, entre los que destacan. ^(foto 9)

Los apósitos con miel con acción antimicrobiana y desbridante, indicados para úlceras colonizadas o infectadas. ^(foto 10)

Existen también apósitos con carga iónica con actividad como nutrientes para el proceso de cicatrización y como estimuladores de la producción de fibroblastos y de fibras de colágeno.

Pomadas enzimáticas

Degradan la fibrina y el colágeno desnaturalizado. Colagenasa. Se inactiva con soluciones jabonosas y metales pesados. La colagenasa exógena cataliza los puentes de colágeno del tejido sano y que unen este con el tejido necrosado. Tripsina/quimiotripsina, la tripsina rompe las proteínas en los enlaces con arginina y lisina, la quimiotripsina rompe las proteínas en los enlaces con triptofano, tirosina fenilalamina y leucina. Contraindicados sobre ligamentos, hueso expuesto.

Terapia con presión negativa

Actualmente se utiliza esta técnica en procesos donde la úlcera o lesión está con tejido de granulación e incluso puede utilizarse en heridas infectadas bajo control. El procedimiento es con una esponja o gasa estéril que se colocan en la lesión con una sonda incrustada, se precinta la zona y se conecta la sonda al vacío. La presión de vacío está alrededor de 0'80 a 125 mm. de Hg., y los cambios de los apósitos se realizan por lo general cada 72 horas. ^(foto 11)

Factores crecimiento

Otros apósitos bioactivos son los factores de crecimiento derivados de plaquetas o la amelogenina, proteína que proporciona una matriz extracelular temporal para la adhesión celular, la proliferación y migración. Se aplica una vez por semana. Los Factores de Crecimiento Plaquetario, son autólogos y los únicos que además de aportar los factores de crecimiento, aportan la fibrina del paciente. ^(foto 12)

Bibliografía: (continuación)

- Cuidados de enfermería a pacientes sometidos a terapia de presión negativa. C. Lozano Carrero, M^o E. Hernández Domínguez. Hospital Gregorio Marañón, Madrid.
- Estudio exploratorio y comparativo para determinar el efecto de ctsorb Plus 25. Sensus, monografías, Junio 2003
- Guía práctica de la utilización de espumas en el cuidado de heridas. Lab. Salvat S.A.
- Guía práctica de la utilización de hidrocoloides en el cuidado de heridas. Lab. Salvat S.A.
- Estudio experimental para comprobar la efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión en pacientes ingresados. E. Gallart, C. Fuentelsaz, G. Vivas, I. Gamacho, L. Font y R. Arán. Enfermería clínica, vol 11, n^o 5, pag 179-183.

Melanoma y su clínica

Los tumores del sistema melanocítico pueden ser benignos y malignos. Los benignos son extraordinariamente frecuentes y muy pocos poseen potencial de malignidad que los haga considerar como precursores de melanoma. Sólo el melanoma maligno (MM) extensión superficial y el MM Nodular se ulceran.

El término "nevus" se define como un desarrollo anormal circunscrito y debe ir acompañado del término que define de dónde procede (melanocítico, epidérmico, conjuntivo, vascular, etc).

Los nevus melanocíticos se dividen en dos grandes grupos: Congénitos, presentes en el nacimiento o en los primeros meses de vida y adquiridos, que son mucho más numerosos y aparecen durante la infancia o la pubertad. Estos últimos desaparecen lentamente a lo largo de la vida. Están clasificados como: Efélides o peca, lentigo simple, lentigo solar y nevus melanocíticos adquiridos (nevus Halo, nevus lentiginoso, nevus azul, nevus de Ota).

Palabras clave: Melanoma, Névus atípico.

Nevus Melanocítico congénito

El 1% de los recién nacidos presenta al menos un Névus melanocítico. Según su tamaño pueden ser:

	PEQUEÑOS	GRANDES	GIGANTES
TAMAÑO	< 1'5 cm	1'5 - 20 cm	> 20 cm
INCIDENCIA	1-2 %	0'6 %	0'02 %

La gran mayoría son pequeños. Parece existir diferencias entre los grandes y gigantes en relación con el mayor potencial de malignización de estos dos últimos.

Suelen tener una pigmentación marrón con diferentes tonalidades. Los grandes y gigantes pueden ocasionalmente estar recubiertos por pelo escaso. Los grandes es aconsejable extirparlos o al menos vigilarlos. Los gigantes deben ser extirpados en la mayor extensión posible ^(foto 1).

Datos que hacen aconsejable la extirpación de un nevus melanocítico:

1. Prurito u otra sintomatología.
2. Diámetro > 1 cm.
3. Incremento de tamaño en el adulto.
4. Perfil geográfico o irregular.
5. Diferentes tonalidades de color.
6. Inflamación.
7. Costras o hemorragia.

Nevus atípico o Nevus de Clark

Aparece en los primeros años de la vida, aumentando en número durante la adolescencia, predominan en el tronco y se pueden ver de forma esporádica o familiar.

A diferencia de los névus melanocíticos adquiridos que se caracterizan por ser de pequeño tamaño (< 1 cm.), con una lesión simétrica, una clara delimitación y coloración uniforme. El névus atípico o de Clark presenta unas características o criterios que son el ABCDE, para la prevención del Melanoma y recomiende su extirpación ^(foto 2):

- A. Forma asimétrica.
- B. Bordes irregulares.
- C. Color irregular.
- D. Diámetro 6 mm.
- E. Evolución.

El riesgo de aparición de Melanomas en pacientes con nevus atípicos ha sido sobrevalorado,

Federico Palomar Llatas.
Coordinador Unidad de
Enfermería Dermatológica,
úlceras y heridas CHGUV.

Correspondencia:
www.chguv.org
palomar_fed@gva.es



Foto 1.



Foto 3.



Foto 2.

aunque es mayor que sobre un nevus adquirido, especialmente si son numerosos. Los pacientes con nevus atípicos (foto 3) deben vigilarse periódicamente y los más atípicos deben ser extirpados, aunque no con ello desaparece totalmente el riesgo de padecer Melanoma.

Nevus de Clark familiar con riesgo de Melanoma	
Névus atípico solitario y esporádico	^
Névus atípico esporádico y múltiple	^^
Névus atípico familiar y sin atípias	^^^
Névus atípico familiar y con atípias	^^^^^

La pigmentación de la piel, esquemáticamente y sin profundizar en la materia, diremos que es debida a los melanocitos, que son unas células sintetizadoras que fabrican la melanina que se encuentra en el citoplasma, son células grandes, están situadas a nivel de la basal y la capa germinativa. Los melanocitos según los estudios de Harrison en 1910, provienen de la cresta neural, y que desde esta, en el embrión, van destinadas a distintas estructuras orgánicas, excepto al pigmento de la retina. La importancia de este tema está que tras conocer los signos de esta enfermedad, si un paciente nos consulta sobre una peca que ha ido cambiando su tonalidad o tamaño y si nosotros no sabemos distinguir como mínimo un nevus con signos de atipia y hacemos una pequeña incisión o electrocoagulación para su extirpación, sin aconsejarle que lo visite un dermatólogo e incluso enviar la extirpación para que le realicen un estudio anatomopatológico, esto acarrearía

graves consecuencias, principalmente para el enfermo y moralmente a nosotros por no haber sabido diferenciar un nevus adquirido de un Melanoma, por no preocuparnos de nuestra formación continuada y no remitir al enfermo a un médico dermatólogo.

Melanoma Maligno Incidencia y epidemiología

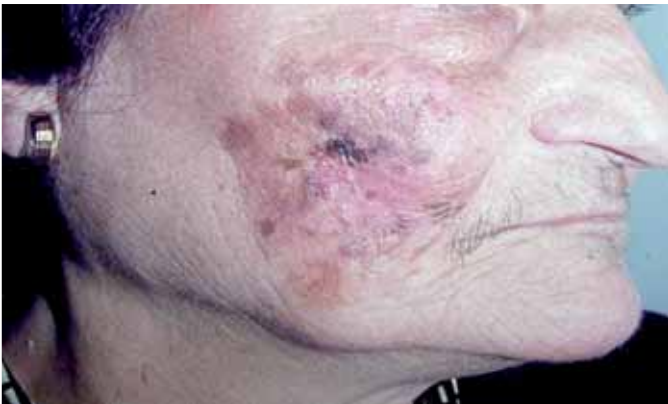
El Melanoma Maligno es un tumor derivado de los melanocitos de la piel y también puede aparecer ocasionalmente en mucosas. Su incidencia ha aumentado en todo el mundo. En Europa la incidencia anual es de 6 hombres o 12 mujeres/100.000 habitantes. Esta diferencia entre hombres y mujeres no existe en áreas de intensa exposición a la radiación ultravioleta, lo que parece indicar que la influencia hormonal es menor que la de la radiación ultravioleta.

Factores etiológicos predisponentes

Raza: El melanoma en la piel es menos frecuente entre los orientales que entre los caucásicos; sin embargo, el de mucosas, sobre todo en cavidad oral, es más común en Japón.

Edad: Es raro antes de la pubertad y cuando sucede es más frecuentemente sobre un nevus congénito gigante.

Radiación ultravioleta: Parece tener una clara influencia sobre la aparición del melanoma; así, su incidencia aumenta con la latitud, es decir, es más frecuente en zonas próximas al ecuador. Es también más frecuente en individuos con exposición solar intensa esporádica, en personas con historia de quemadura solar.



Fotos 4.



Foto 5.

Fases de crecimiento

El estadio inicial es una placa de diferentes tonalidades y bordes irregulares que crece por la periferia. La lesión aquí no desborda la epidermis en el estudio histológico: Fase de crecimiento radial. Posteriormente crece en profundidad además de en superficie. En el estudio histológico rompe la capa basal epidérmica y se introduce en profundidad en dermis, a la vez que empuja hacia arriba y da lugar a la formación de un nódulo en superficie: Fase de crecimiento vertical.

Clínica del Melanoma Maligno

Existen cuatro formas clínicas:

- Léntigo melanoma maligno.
- Melanoma de extensión superficial.
- Melanoma nodular.
- Melanoma lentiginoso acral.

Lentigo Melanoma Maligno

Constituye EL 15% del total de melanomas. Aparece en áreas de exposición solar, especialmente en mejillas y suele aparecer a partir de la sexta década de la vida. La evolución en el momento de la primera consulta suele ser de unos 10 años. Tiene una fase de crecimiento radial muy lenta ^(foto 4).

Se manifiesta como una mancha oscura, con diferentes tonalidades de color y zonas de regresión en su interior. Posteriormente se desarrollan

nódulos tumorales en la superficie que pueden llegar a ulcerarse y sangrar. Es la forma de mejor pronóstico.

Melanoma de Extensión superficial

Constituye entre 45 y 50% de melanomas. Sienta en cualquier parte del cuerpo, pero preferentemente en tronco, especialmente en espalda y en extremidades inferiores en mujeres. Suele aparecer en la edad media. El crecimiento ya no es tan lento y su pronóstico es intermedio ^(foto 5).

Se inicia como una lesión pigmentada, de pocos milímetros de diámetro, de color marrón, que puede permanecer estable muchos años hasta que empieza la fase de crecimiento vertical. Con frecuencia presenta áreas de regresión en su interior. Incluso se ha observado casos de regresión completa de la tumoración con aparición posterior de metástasis.

Melanoma Nodular

Constituye el 35% del total de melanomas. Aparece en edad media y predomina en varones, sobre todo en tronco. Presenta un crecimiento vertical desde el primer momento y es por tanto el de peor pronóstico y una evolución rápida. Su color varía entre negro, azul, pardo o rejizo, a veces incluso carece de pigmento (melanoma acrómico) lo que dificulta el diagnóstico ^(foto 6).



Foto 6.



Injerto y múltiple.



Foto 7.

Melanoma Lentiginoso Acral

Constituye el 6% de todos los melanomas, siendo pues la variedad menos frecuente. Se localiza en palmas, plantas, dedos y región subungueal y en zonas sometidas a presión es frecuente aparición de erosiones y ulceraciones. Suele aparecer a partir de la sexta década. La clínica es semejante al Lentigo melanoma maligno pero el crecimiento vertical es más invasor. En región subungueal puede confundirse con un hematoma pero la lesión sigue creciendo y acaba por destruir la uña. Otras veces comienza como una banda lineal pigmentada subungueal (foto 7).

Pronóstico del Melanoma

Es un tumor con gran capacidad para metastatizar por vía linfática y hemática a cualquier parte del organismo. Los factores de mayor valor pronóstico son el espesor tumoral y la presencia de ulceración. Se entiende por espesor de Breslow de la lesión el grosor medido en milímetros desde la capa granulosa hasta la célula tumoral más profunda. Es el factor pronóstico más exacto para predecir la aparición de metástasis.

Niveles de Clark:

- Nivel I: *El Melanoma es intraepidérmico.*
- Nivel II: *El Melanoma atraviesa la basal epidérmica e invade dermis papilar o superficial.*

Nivel III: *El Melanoma llega a dermis papilar y forma una línea horizontal.*

Nivel IV: *El Melanoma llega a dermis reticular total o parcial sin llegar a hipodermis.*

Nivel V: *El Melanoma llega a la hipodermis o tejido graso.*

Tratamiento del Melanoma

El tratamiento de base es la extirpación y con márgenes de seguridad y profundidad. Por ejemplo 0'5 cm. en el caso de melanomas in situ, 1 cm. en tumores de menos de 1 mm. de profundidad y un margen entre 2 y 3 cm. para los de 2 a 4 mm. La utilización del ganglio centinela para la mayoría de los autores se aconseja cuando el espesor es mayor de 1 mm. La negatividad del ganglio centinela hace que el pronóstico del paciente sea más favorable en la supervivencia. El interferón alfa según estudios tiene una actividad modesta frente al melanoma y el aumento de la supervivencia no está claramente demostrado. Respecto a la quimioterapia no ha sido útil. A nivel inmunológico se han utilizado vacunas autólogas, alogénicas y modificadas genéticamente, pero no han dado los resultados esperados. La radioterapia, puede ser útil en el lentigo melanoma, se ha utilizado como paliativo en metástasis óseas y cerebrales.

Bibliografía:

- A. García Díez. **Avances en el tratamiento del cáncer cutáneo.** Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.
- P. Mejina Martínez, V. Hernández Machado y V. González Mestre. **Manual de Cirugía Plástica, "Tumores epiteliales malignos".** Sociedad Española de cirugía plástica reparadora y estética.

Enfermería al lado del paciente: su papel en el consentimiento informado

Uno de los valores fundamentales de los cuidados de enfermería es promover la autonomía del paciente, siendo el consentimiento informado (CI) uno de los documentos legales que la defienden. Aún siendo este un documento médico legal, el resto de profesionales tenemos la responsabilidad moral de contribuir en el proceso. Nos planteamos estudiarlo revisando los CI de las pruebas exploratorias digestivas, fijando como objetivos analizar su nivel de cumplimentación, identificar las partes incompletas y valorar los errores en la entrega del mismo. Se realizó un estudio observacional descriptivo de 6 meses de duración en el CHGUV con la ayuda de una tabla en la que se registraron diferentes variables. Dados los resultados obtenidos se deduce que es necesaria una línea de trabajo multidisciplinar para salvaguardar el principio de autonomía del paciente y asegurar una atención y cuidados integrales.

Palabras clave: Consentimiento informado, papel de enfermería, principio autonomía, corresponsabilidad, trabajo multidisciplinar.

Introducción

Uno de los valores fundamentales de los cuidados de enfermería es promover la autonomía, la autoadaptación y el carácter único del paciente, aportando los cuidados óptimos en cada momento mediante la relación de ayuda. En nuestro sistema enfermería es quien pasa más tiempo con el paciente, y la más indicada dentro del equipo de salud para tomar el papel de defensor, ya que puede desarrollar una relación más profunda con el usuario.

El principal documento legal existente que defiende este principio de autonomía del paciente es el consentimiento informado (CI), puesto que surge del derecho que tiene el usuario a la in-

formación sobre los procedimientos y riesgos a los que se enfrenta.

Este procedimiento médico legal tiene sus raíces en Norteamérica en los años cincuenta y surgió a partir del contexto creado a finales de la II Guerra Mundial con la reivindicación de los derechos civiles y el código de Nüremberg en el que se recogió que el consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Con el paso de los años el CI ha ido experimentando una serie de cambios, pasando del modelo de relación médico-paciente clásico fundamentado en el paternalismo a la época actual con el nacimiento de una nueva disciplina que marcará el modo de actuación de los profesionales, la Bioética, y la “americanización” de la sociedad con un aumento de la exigencia de responsabilidades civiles.

El consentimiento informado consiste en dar información a un paciente atento y mentalmente competente de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendables para, a continuación, solicitarle su aprobación para ser sometido a estos procedimientos.

La información es un deber del médico responsable de la prueba hacia su paciente, con la exigencia de calidad que merece, en la forma en que sea más favorable para el enfermo eligiendo el contenido, el momento y el modo de hacerlo. Pero existe una exigencia moral hacia todos los profesionales que intervienen en el proceso asistencial del paciente; así, enfermería no está exenta de responsabilidad moral y ha de contribuir en el proceso de información y cuidados ante cualquier exploración, como queda reflejado en los artículos 8.1 y 4.3 de la LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía

Inmaculada Caballero Rico, Rafael Esteve Bosch y Ángela Garrido Bartolomé.
Enfermeros Consorcio Hospital General Universitario de València.

Correspondencia:
garrido_ang@gva.es

tabla 1: **ESPECIALIDADES**

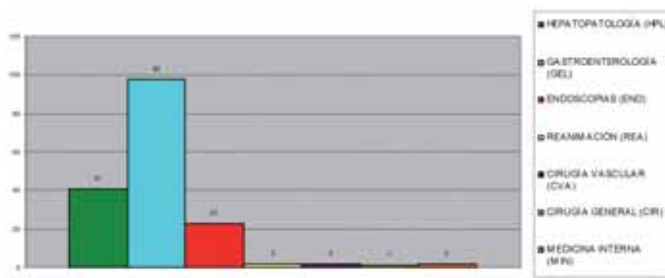


tabla 2: **Nº DE EXPLORACIONES REALIZADAS**

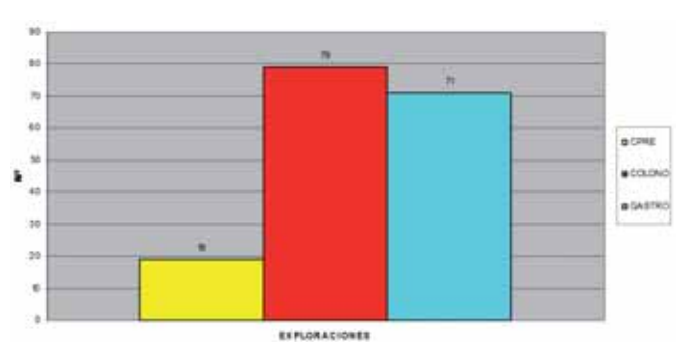
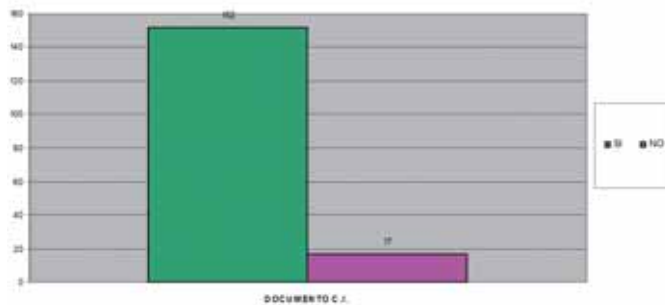


tabla 3: **PRESENCIA DEL C.I. EN H.C.**



del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (reguladora del CI en España), convirtiendo el proceso de comunicación/información en el eje central de la relación de ayuda y fomentando la participación activa del usuario.

Bajo esta perspectiva nos preguntamos si estudiando el nivel de cumplimentación del consentimiento informado, identificando las partes incompletas del mismo y valorando los errores que se cometen en su entrega en nuestro servicio podríamos analizar cómo se lleva a cabo este procedimiento y corregir posibles errores, fomentando el trabajo multidisciplinar y favoreciendo la comunicación con el paciente, preservando así sus derechos.

En definitiva, el consentimiento informado es siempre el resultado de un trabajo previo, en el que la enfermera debe colaborar ayudando al enfermo a situarse en la forma más óptima posible, para poder elegir disminuyendo los aspectos ansiogénicos colaterales de la situación de salud y, a su vez, sea cual fuere el resultado de la decisión adoptada, asegurando la continuidad del cuidado y del proceso informativo-educativo y el preciso respeto a la intimidad.

Material y Método

Se realiza un estudio observacional descriptivo mediante la observación de las historias clínicas de los pacientes que fueron ingresados en el CHGUV durante el periodo comprendido desde el 01/06/06 hasta el 31/12/06 y a los que se realizaron distintas exploraciones digestivas, tales como colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), colonoscopia o gastroscopia.

Se nos facilitó un listado con la relación de dichas exploraciones, el cual nos sirvió de base para so-

licitar las historias clínicas a la unidad de archivo, donde se realizó la revisión de las mismas.

Se diseñó una tabla en la que se contemplaban las distintas variables a estudio, que se extrajeron de las bases legales existentes respecto al consentimiento informado (CE, LGS, Ley de autonomía del paciente...) valorando la cumplimentación de las distintas partes de éste y obteniendo los siguientes resultados.

Dichas variables son:

- Especialidad digestiva a la que pertenecía el paciente: gastroenterología (GEL), hepatología (HPL) y endoscopia (END).
- Tipo de exploración: CPRE, colonoscopia y gastroscopia.
- Exploración en el tiempo: si se realizó de forma programada o urgente.
- Si estaba incluido o no en la historia clínica (HC) el documento del CI
- En caso de que si que estuviera presente el CI en la HC se registró si se encontraba correctamente cumplimentado, desglosando qué partes de él no lo estaban, como son:
 - Etiqueta identificativa del paciente.
 - Firma tanto del médico como del paciente.
 - En caso de firma del representante legal si constaba el D.N.I. del mismo.
 - Nº de colegiado del profesional facultativo.
 - La parte del texto en la que el paciente declara haber recibido la información y manifiesta la oportunidad de aclarar sus dudas.
 - Los plazos establecidos legalmente para su cumplimentación: si se firmó con una antelación mayor o igual a 24 horas a la fecha de realización de la exploración o menor de 24 h.

Mediante el programa estadístico SPSS 12 se analizaron los datos obteniendo los siguientes resultados.

Bibliografía:

- *Agencia Valenciana de Salud. Procedimiento para la obtención del consentimiento informado.* Conselleria de Sanitat.
- *Alonso E. (1998). Enfermería y consentimiento informado.* Index de enfermería (edición digital); pág.22: 52-53, visitada día 20 mayo 2007.
- *Anton P. (1997). Ética y legislación en enfermería.* Barcelona. Ed. Masson.
- *Broggi M. (1995). La información clínica y el consentimiento informado.* Medicina clínica (Badalona) Vol. 104; pp 6.
- *Busquets M. (2004). La autonomía, una visión desde el cuidado enfermero.* www.doyma.es Nursing. Vol 22 °6.
- *Consell M. y Cabrera E. (2001) Autonomía y consentimiento informado en unidades quirúrgica.* Percepciones y de pacientes y enfermeros de España. Enfermería clínica. Vol 11 pág. 6.
- *Código Deontológico de la Enfermería Española (1989) Capítulo II Art. 4-13.*
- *Código Ético y Deontológico de la organización médica (1999). Capítulo III Art.7-13.*
- *Comité Bioético de Cataluña (2002). Guía sobre el CI.*
- *Constitución Española (1979). Artículos 10-14.*
- *Consejo Internacional de Enfermería (1986). Declaración sobre los derechos humanos.*

tabla 4: **Nº DE EXPLORACIONES REALIZADAS**

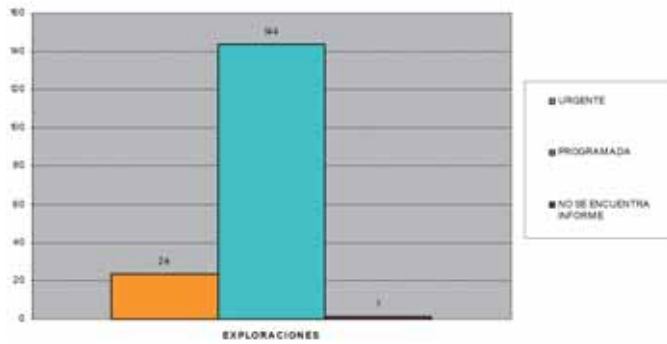


tabla 5: **ENTREGA DE COPIAS DE C.I.**

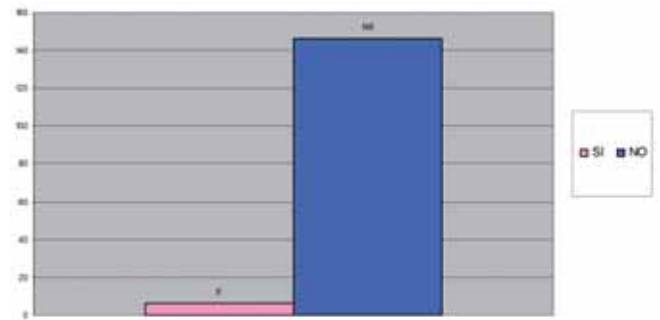
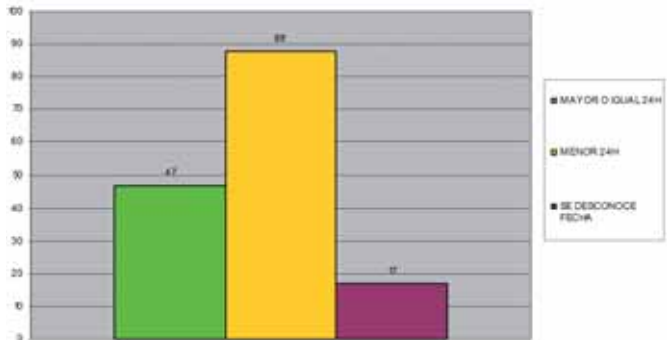
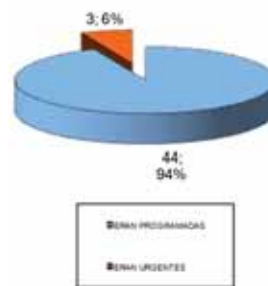


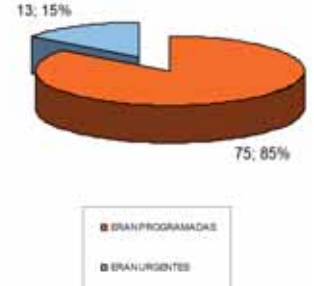
tabla 6: **PLAZOS DE CUMPLIMENTACIÓN DEL C.I.**



C.I. ENTREGADOS ANTES O IGUAL A 24H



C.I. ENTREGADOS DESPUES DE 24H



Bibliografía: (continuación)

- Declaración Universal de los derechos humanos (1948) ONU.
- de Lorenzo R. y Piqueras J. (1998). Madrid. Ed. Editores médicos.
- Díaz R. (2003). **Consentimiento informado durante la fase aguda del IAM.** Remi Artículo 581. Vol III nº3.
- Decret 93/04. **Constitució, composició i funcionament de la Comissió del Consentiment Informat.**
- Doyma (Internet). **La autonomía, una visión desde el cuidado enfermero.** Nursing 1 jul 04 vol 22 nº6.
- Gassull M. y Cabrera E. **Autonomía y CI en unidades quirúrgicas.** Percepciones de pacientes y enfermeras en España. Enfermería clínica vol 11 nº 6.
- González T., García S., Rodríguez S. y Lozano F. **El CI en endoscopia digestiva.** Boletín asociación española de enfermería endoscópica digestiva. Jul 03-nº8.
- Idearte V. y Navarro I. **Comprensibilidad del CI.** www.ccnavarra.es/salud /anales. Anales del sistema sanitario navarro.
- León O. y Montero I. (1997) **Diseño de Investigación.** (2ª edición) Madrid. Ed. McGraw-Hill.

Resultados

Se escogió como objeto de estudio el periodo de tiempo comprendido desde el 01/06/06 hasta el 31/12/06, obteniendo un total de 230 historias clínicas, de las que se extrajeron 250 exploraciones clínicas, puesto que en 20 de ellas aparecía más de una exploración. Sólo se pudieron localizar en archivo 153 historias clínicas, que fueron las estudiadas, sumando un total de 169 exploraciones. Las que no se estudiaron o estaban siendo utilizadas por distintos servicios del hospital o habían sido éxitus por lo que se archivan fuera de éste.

De éstas, clasificándolas por especialidades (tabla 1), 41 pertenecían a hepatología, 98 a gastroenterología y 23 a endoscopias, que son las tres especialidades digestivas que existen en nuestro servicio. Del resto, 2 correspondieron a reanimación, 2 más a cirugía vascular, 1 a cirugía general y por último otras 2 a la especialidad de medicina interna, todas ellas ajenas al servicio.

De todas las exploraciones (tabla 2) digestivas que se realizan centramos nuestro estudio en 3 de ellas, obteniendo como resultado 19 colangiopancreatografías (CPRE), 79 colonoscopias y 71 gastroscopias.

De las 169 exploraciones estudiadas se encontró presente (tabla 3) el documento del consentimiento informado en 152 de ellas (89,94%), estando ausente en 17 ocasiones (10,06%). De éstas últimas 10 equivalen a exploraciones programadas y 7 de ellas corresponden a exploraciones urgentes.

Clasificándolas en el tiempo (tabla 4) obtuvimos como exploraciones que se realizaron con ca-

rácter urgente un número de 24, siendo 144 las programadas, no encontrándose el informe de la exploración en 1 de ellas.

De los 152 consentimientos informados presentes en las historias clínicas, en 6 casos se había entregado la copia (tabla 5) al paciente (3,95%).

Respecto a los plazos establecidos de cumplimentación (tabla 6) del consentimiento informado en 47 de ellos la fecha con la que se había firmado constituía un periodo de tiempo mayor o igual a 24 horas de antelación a la realización de la prueba (34,81%), correspondiendo 44 de éstos a exploraciones programadas y 3 a urgentes, siendo inferior a 24 horas en 88 de los casos (65,19%), perteneciendo 75 (85,23%) de ellos a exploraciones programadas y en 13 (14,77%) ocasiones a urgentes.

Atendiendo a la correcta cumplimentación (tabla 7) del consentimiento informado, encontramos 2 de ellos en que aparecían completas todas las partes que lo componen (1,18%), quedando los otros 167 con alguna de éstas sin cumplimentar (98,8%).

Obteniendo el siguiente desglose: de los 152 consentimientos informados incluidos en las historias clínicas, en 12 de ellos faltaba la etiqueta identificativa del paciente, en 27 la firma del médico responsable, en 2 la firma del paciente; el número de colegiado del médico no estaba presente en 68 ocasiones, el D.N.I. en caso de firma del representante legal en 1 de ellas y en 139 el texto en el que el paciente declara haber recibido la información y manifiesta la oportunidad de aclarar sus dudas no aparecía (tabla 8).

Respecto a éste último resultado de los CI en los que estaba el texto incompleto (tabla 9), 121

tabla 7: C.I. CORRECTAMENTE CUMPLIMENTADO

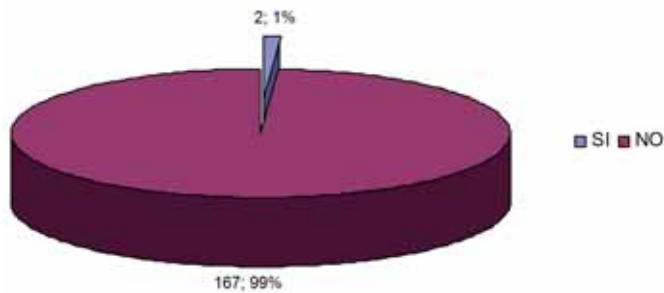


tabla 8: PARTES C.I. INCOMPLETAS

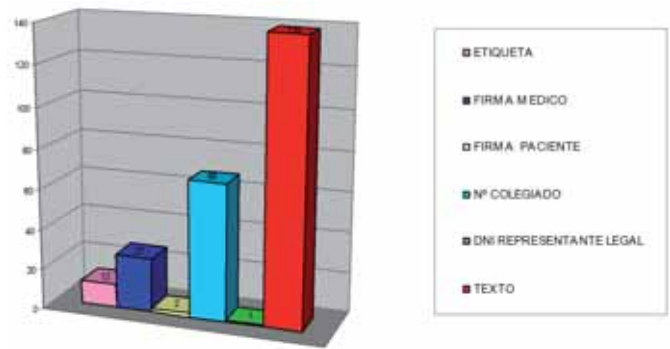
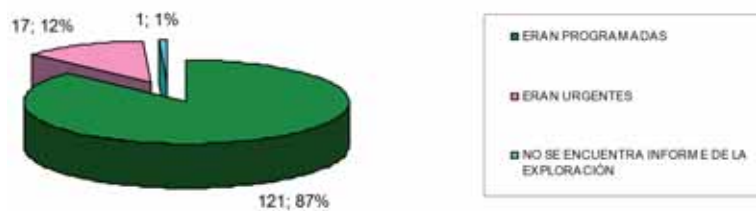


tabla 9: C.I. CON EL TEXTO INCOMPLETO



pertenecían a exploraciones programadas, 17 eran urgentes y en una historia clínica no se encontró el informe de la exploración por lo que desconocemos este dato. De los 13 CI en los que el texto estaba completo todos pertenecían a exploraciones programadas.

Discusión

Según los resultados obtenidos, el que más ha llamado nuestra atención es el 1,18% que corresponde al nivel de correcta cumplimentación del consentimiento informado en nuestro servicio de patología digestiva. Podríamos enumerar varias causas por las que pueden haberse obtenido estos resultados, pero éstas quedan pendientes como objeto de posibles estudios futuros, puesto que en éste no han sido observadas.

Otro resultado relevante es el 91,45% obtenido respecto a la parte incompleta del CI que hace referencia al texto en el que el paciente declara haber recibido la información y manifiesta la oportunidad de aclarar sus dudas. En nuestra opinión, este apartado es fundamental para que quede reflejado en dicho documento el nivel de comprensión y claridad respecto a la prueba que se va a realizar al paciente, por estar expresado en primera persona.

Otro aspecto a destacar es que en tan sólo el 3,94% de los casos se ha entregado la copia al paciente; las recomendaciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (Noviembre 1995) dicen expresamente que el documento debe extenderse por duplicado quedando un ejemplar incorporado a la historia clínica

siendo el otro entregado al paciente. También se contempla en dicho Consejo que el documento debe ser entregado con la antelación suficiente y en todo caso al menos 24 horas antes del procedimiento, salvo en casos de urgencia. En nuestro estudio se obtiene que en un 34,81% se cumplen los plazos legales, en contraposición con un 65,19% que fueron los entregados en un tiempo inferior a 24 horas de la realización de la prueba, siendo de éstas el 85,23% exploraciones programadas y no urgentes, aspecto que consideramos se podría suplir con una buena colaboración enfermera, la elaboración de protocolos específicos y un importante trabajo multidisciplinar.

Estos resultados afectan al principal objetivo del consentimiento informado, que es aplicar el principio de autonomía del paciente.

Enfermería tiene la responsabilidad moral de salvaguardar dicho principio y sus derechos, además de velar por el correcto cumplimiento del CI (como refleja nuestro Código Deontológico), en contraposición con la creencia general de que el único responsable es el profesional que realiza la intervención.

Puesto que existe una responsabilidad compartida, nuestra propuesta estaría orientada a conseguir una línea de trabajo multidisciplinar, para asegurar una atención y cuidados integrales del paciente, lo que constituiría una participación conjunta de todos los profesionales en todo el proceso de obtención del CI, consiguiendo mejores resultados y disminuyéndose así los errores.

Bibliografía: (continuación)

- Ley 1/2003 28 de Enero de Derechos e Información al paciente de la Comunidad Valenciana.
- Ley 41/2002 14 de noviembre. Básica reguladora de la autonomía del paciente de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Cap 1 Art 1-2-3-4. Cap 4 Art 8.
- LGS 14/1986 25 de Abril Título 1 Cap 1 Art 10.
- Palmes R., Trujillo J.M. y Aves M. **Enfermería y consentimiento informado**. Historia clínica informatizada. Hospital Infantil Canarias.
- Reyes M., Iñiguez A., Goicolea A., Funes B. y Castro A. **El CI en cardiología**. Revista Española de Cardiología 1-10-98 Vol 51 nº 10.
- Simón P. **10 mitos entorno al CI**. Anales del sistema sanitario navarro. www.cfnavarra.es/salud/anales.
- Simón P. y Cancheiro C. (1993). **El CI: teoría y práctica**. Medicina clínica Barcelona. Vol 100 nº 17-93.
- Velasco J.M (2005). **Comprensión de los documentos del CI**. Archivos revista electronica clínica intensiva Art 959 vol 5 nº 5.

Hematoma subcutáneo.

Resolución con Heparina de bajo peso molecular (BPM) 0,4-0,6 mg.

Los hematomas subcutáneos son heridas cerradas agudas, que se producen cuando, de forma secundaria a un traumatismo o herida, se rompen pequeños vasos sanguíneos y filtran su contenido dentro del espesor del tejido blando que se encuentra bajo la piel.

Etiología

Se producen como consecuencia de un traumatismo conocido y en heridas post operatorias. Pueden afectar a las siguientes estructuras:

- a) **Epidermis:** el hematoma se ubica a nivel superficial y el tratamiento tradicional consiste en crioterapia y pomadas heparinoides.
- b) **Hipodermis:** se aloja en el espesor del tejido celular subcutáneo; son el objeto de este estudio.
- c) **Músculo:** dentro del espesor del músculo, lesionando las fibras subyacentes y el tejido conectivo sin romper la piel. Causan dolor, hinchazón y un rango de movimiento limitado en la articulación ubicada cerca de la lesión.
- d) **Hueso (Perióstico):** el área lesionada se presenta en la porción medular del hueso pudiendo estar acompañada de sangrado e hinchazón siendo los más severos y dolorosos.

Se clasifican según su extensión, volumen, localización regional, planos de profundidad y evolución. Según mi experiencia clínica en los que comprometen la hipodermis, la dependencia del volumen y evolución en el tiempo, condicionarán el tratamiento. Un volumen importante dentro del tejido subcutáneo, de días de evolución puede originar alteraciones del estado general del paciente apareciendo picos de fiebre, dolor, inflamación, riesgo de infección por necrosis de zonas adyacentes. Dependiendo de su localización, (cercanos a músculos flexores), pueden dar lugar a impotencia funcional, como cuando se localizan en miembros inferiores, especialmente los situados en región tibial en su cara anterior, antero interna y antero externa, debido a la imposibilidad de evacuar totalmente el coágulo en el menor tiempo posible con abordaje tradicional (incisión para drenaje del mismo, lavados con suero fisiológico, manipulación instrumental y curas seriadas). En muchos casos suelen cursar

con necrosis de zonas adyacentes, abriéndose al exterior en forma de lesión ulcerativa que puede tener meses de evolución, lo que además supone una disminución de la calidad de vida para el paciente, una sobrecarga asistencial para el personal de enfermería y un incremento de costes en recursos materiales y asistenciales.

Objetivo

Demostrar mediante un grado de evidencia basada en experiencia clínica las complicaciones y evolución en el tiempo que generan este tipo de lesiones localizadas en miembros inferiores según su abordaje terapéutico.

Metodología

Se realiza estudio con 10 pacientes que presentan la lesión en miembros inferiores y uno, cuya localización es en el pliegue de flexión del miembro superior derecho.

La captación de pacientes se realizó a través de urgencias, consultas de enfermería y alguna derivación de consulta médica. A todos los pacientes se les explicó la técnica, sus posibles complicaciones y alternativas terapéuticas, firmando el consentimiento informado. La duración del estudio fue de dos años y seis meses.

Resultados

Cuatro de los pacientes presentan patología subyacente de insuficiencia venosa crónica. Se aplica la técnica con heparina de bpm 0,4-0,6, requiriendo, en cinco de los casos, la realización de incisiones de más de 5 cm (de ellos, tres presentaban patología venosa de base).

En todos los casos la resolución fue satisfactoria con 4 dosis, (previa antibioterapia oral), sin manifestación de efectos adversos a nivel local ni formación de úlcera postraumática. Las curas una vez terminada la aplicación de heparina y retirado el drenaje, han requerido la introducción en la herida de apósito de fibra de hidrocloide, fibra de hidrocloide plata o trama de poliamida argéntica, con compresas estériles como apósito secundario y terapia compresiva (en miembros inferiores) o vendaje de fijación, en miembro superior.

Santiago
Rovralta Gómez.

Responsable de
Urgencias y Emergencias
Coordinador de Servicio
(Cs Ribadeo). Formador
de Heridas Crónicas y
Agudas (SERGAS).



Seguimiento caso clínico con abordaje tradicional

La duración media del tiempo de curación, con esta técnica fue de 34 días.

El 36% necesitó refuerzo de antibioterapia oral y un 18% cursó con dolor moderado. En el 100% de los casos disminuyó el tiempo de curación con respecto al esperado en un abordaje tradicional, evacuándose totalmente el hematoma en todos los casos.

Discusión

Este tipo de lesiones, sin la adecuada asistencia profesional (sin que se requiera ayuda profesional o sin que nadie se plantee drenar el hematoma) evolucionan de forma natural, derivando en heridas crónicas de miembro inferior, que acaban abriendo al exterior en forma de úlceras vasculares crónicas, que suelen ser de cicatrización difícil y laboriosa; se expone, a modo de ejemplo el seguimiento de un caso clínico con abordaje tradicional:

Mujer de 84 años, obesa, con antecedentes personales de EPOC y Diabetes Mellitus tipo II, a tratamiento con oxigenoterapia domiciliaria, que acude a urgencias el 15-05-2007 por presentar lesiones de 6 días de evolución, secundarias a un traumatismo previo por caída casual; refiere que inicialmente tuvo en la zona afectada de la pierna, una tumoración, a la que no dio importancia, que abrió al exterior y que estuvo curando en domicilio con la aplicación de antiséptico tópico (povidona yodada); como la evolución no era buena, acude a urgencias.

En la valoración inicial, presenta dos lesiones ulcerativas de forma oval la proximal y circular la distal, con fondo necrótico y de fibrina, siendo de menor profundidad la distal; escaso exudado, piel perilesional y circundante de color azul brillante con signos de inflamación y dolor a la palpación. Por las características de las lesiones y de la coloración de la piel circundante y la descripción detallada de la paciente, se confirma como diagnóstico: lesiones ulcerativas postraumáticas secundarias a hematoma subcutáneo de varios días de evolución.

La intervención en el propio servicio de urgencias incluye lavado con suero fisiológico, desbridamiento enzimático (estreptoquinasa-estreptodornasa), más aplicación de fibra de hidocoloide. Se realiza de nuevo al tercer día

desbridamiento enzimático con aplicación de fibra de hidocoloide. El 31-5-07 se continúa con el mismo tratamiento, observando tunelización de la lesión. Se pasa a utilizar fibra de hidocoloide Ag e hidropolimérico como secundario. El 14-06-07 se observan esfacelos en el fondo de la lesión, realizándose desbridamiento cortante manteniendo el sistema de cura establecido. El 19-06-07 se aprecia crecimiento de tejido de granulación en paredes laterales, manteniendo esfacelos en el fondo de la lesión. El 2-07-07 se realiza desbridamiento cortante, con aplicación de trama de poliamida Ag, evidenciando disminución del diámetro de la lesión. El 10-08-07 el fondo está limpio y con presencia de tejido de granulación. Se aplica trama de poliamida Ag más hidropolimérico, produciéndose la curación de la lesión el 10 de septiembre de 2007. Tiempo total 130 días.

Comentar que se mantuvo más de 15 días la aplicación de apósitos con plata, debido a los cambios que sufría la lesión al prescindir de ellos, para no correr riesgos innecesarios de posible reinfección.

A continuación se describe el abordaje de los hematomas subcutáneos, según la técnica "rovialta":

1. Desinfectar el área afectada con un antiséptico del tipo de la povidona yodada.
2. Infiltración de la zona con anestésico local sin vasoconstrictor al 2%.
3. Realizar incisión hasta llegar al hematoma.
4. Separar los bordes de la herida (con pinza de Adson) y realizar extracción del hematoma; a continuación, con heparina de bpm 0.4 o 0.6 (previamente retirada la aguja) se irriga la zona.
5. Se introduce un drenaje tipo penrose, en teja, o "dedo de guante estéril", fijado con un punto de sutura si la incisión es pequeña (unos 2cm); si ésta es amplia, se introduce punta de apósito estéril. Al retirar los apósitos suele drenar abundante colección hemática y serosa, que no debemos confundir con una hemorragia (es por dilución).

El tratamiento dura 4 días, a partir de lo cual, se retira el drenaje, evolucionando la herida satisfactoriamente hacia la cicatrización.

Seguimiento caso clínico con la técnica de Heparina de BPM 0,4-0,6



Seguimiento de un caso clínico con la técnica de heparina de BPM 0,4-0,6 mg.

Mujer de 84 años con antecedentes personales de DM tipo II diagnosticada en Marzo del 99 y patología venosa de base, localizado en cara anterior de tibia, siguió buena evolución hasta 5º día donde se observó pérdida de integridad cutánea perilesional, con enrojecimiento local y dolor a la palpación compatible con posible colonización crítica, por lo que se introdujo trama de poliamida con Ag. Al 6º día, presenta borde externo de la herida, necrosado, realizándose desbridamiento cortante y aplicación de fibra de hidrocoloide Ag por presentar exudación hemorrágica, además de comenzar con tratamiento antibiótico.

A los 12 días presenta necrosis de ambos bordes de herida, coágulo resuelto, exudado escaso, fondo crateriforme limpio con formación de tejido de granulación y disminución del dolor; se aplica trama de poliamida Ag y apósito secundario hidropolimérico, retirándose antibiótico oral. Evolucionó satisfactoriamente hasta su total curación. Tiempo empleado 32 días.

Tras observar la evolución de los casos, teniendo en cuenta el balance riesgo/beneficio, no he encontrado riesgo alguno en la aplicación tópica de heparina de bajo peso molecular 0.4-0.6; si bien en su prospecto, no menciona la aplicación directa sobre coágulo a diluir, si hace mención que son muy frecuentes pequeños hematomas en el punto de inyección y muy raras las necrosis cutáneas (habitualmente en el sitio de la

inyección precedida por erupción eritematosa infiltrada con o sin signos sistémicos, en cuyo caso se debe suspender el tratamiento). En la revisión bibliográfica realizada (diferentes bases de datos: Cochrane, Medline...), tampoco se evidenció contraindicación alguna.

En cuanto a su beneficio, los resultados son concluyentes:

1. Evacuación total del hematoma.
2. Disminución del riesgo de infección al eliminar el coágulo en el menor tiempo.
3. Disminución del dolor con el consiguiente alivio del paciente.
4. Activación del tejido de granulación con disminución del tiempo de curación con respecto a la cura tradicional.
5. Evita la tan temida úlcera posterior a la necrosis de los tejidos adyacentes.

Esta técnica podría ser extensiva a otras heridas abiertas, que cursen con restos hemáticos como son las laceraciones, las avulsivas con colgajo etc. así como a las flictenas de contenido hemorrágico que al desbridarlas presentan dichos restos en el lecho lesional.

Para finalizar solo añadir que la Técnica "Roviralta" aplicada en los once pacientes respectivos, a mi juicio, cumplió el objetivo de calidad asistencial exigido en las heridas, que no es más que la aceleración de la cicatrización y la pronta curación del paciente.

Este trabajo se lo dedico a mi maestro, mi padre, un gran cirujano.

Bibliografía:

- Ballbrea JL. **Patología Quirúrgica.** Ed. Marban. Barcelona, España. 2004.
- Beare P, Myers et al. **Enfermería Medico Quirúrgica.** Ed. Mosby. Madrid 1995.
- Querol F, Haya S, Aznar JA. **Lesiones músculo esqueléticas en Hemofilia: Hematomas musculares.** Rev Iberoamer Tromb Hemostasia 2001; 14(2):111-117.

“Aplicación de apósitos con tecnología Hydrofiber[®], en úlceras cavitadas e infectadas en colostomías de reciente creación”

Caso presentado como comunicación oral en el “Congreso anual de la Sociedad Gallega de Geriatria y Gerontología”.

Palabras clave: Apósito de Hidrofibra, Colostomía.

Objetivos

- Comprobar la eficacia de la utilización de la hidrofibra con plata en heridas complicadas en colostomías.
- Conseguir una rápida resolución del caso.

Metodología

Mujer de 86 años con vida basal aceptable, aquejada de una úlcera cavitada en la colostomía de reciente creación.

Antecedentes

- Colostomía tras obstrucción intestinal y resección de sigma.
- Deambulación autónoma en silla de ruedas.
- Deterioro cognitivo moderado, a tto. Con IACE.

Descripción de la lesión

A los 5 días de intervención quirúrgica, con creación de colostomía izquierda y resección de sigma, se produce un episodio de distensión abdominal y vómitos que provoca fuerte tracción de los puntos de sutura del estoma y desgarramiento de la piel perilesional. Regresa a nuestra residencia días después, donde se constata herida complicada. Desgarramiento de los puntos de sujeción de la colostomía que provocan una lesión cavitada (se constatan 1,5 mm. De profundidad), que recorre parte del borde del estoma, de 2,5 x 1 cm. herida posiblemente infectada, con bordes inflamados y eritema persistente. Abundantes esfácelos en toda la cavidad, la cual se encuentra permanentemente contaminada por heces líquidas, procedentes de la colostomía, que impiden su cicatrización.

Es derivada a su servicio de cirugía por complicación de la herida quirúrgica. A los dos días es dada de alta sin actuación alguna.

A su regreso, la herida ha empeorado y aumentado en profundidad. También presenta punto necrótico.

Metodología:

Se inician curas (día 0, día 16 / 09 / 2.007) con el apósito Aquacel[®] Ag, rellenando toda la cavidad de la lesión, a continuación, se coloca la bolsa de colostomía muy ajustada al estoma y por encima del apósito Aquacel[®] Ag. Los objetivos a conseguir con esta técnica son:

- Favorecer la desaparición de los esfácelos presentes.
- Combatir la probable infección bacteriana presente y evitar las futuras por ser una zona considerada “sucia”.
- Actuar como barrera protectora entre las heces y el lecho de la herida.
- Junto con una colocación muy ajustada de la bolsa de colostomía, permitir un correcto sellado de la herida.

Se realizan curas con cada cambio de bolsa de colostomía, en un principio, 3-4 veces diarias. Se inicia pauta médica con antibiótico sistémico, ciprofloxacino.

Al mismo tiempo se refuerzan las medidas dietéticas e higiénico-posturales para la prevención y curación de úlceras por presión.

Resultados

- Curación completa de la herida a los 18 días.
- Correcto aislamiento entre el lecho de la herida y las heces.
- Disminución progresiva de la frecuencia de cambio de bolsa de colostomía y del diámetro del estoma.

Isabel Alonso Becerra,
Sonia E. Barrera,
María Barrientos
Monteagudo,
Noella Lema Marcote,
Eva Someso García y
Ana Vázquez García.



Foto 1.



Foto 2.



Foto 3.



Foto 4.



Foto 5.



Foto 6.

Conclusiones

Las conclusiones a la que hemos llegado tras el estudio de este caso son:

- Consideramos eficaces los apósitos Aquacel® Ag en el tratamiento de las heridas cavitadas en colostomías de reciente creación.
- Se mantiene limpio de heces el lecho de la herida. Gracias a la tecnología Hydrofiber® que permite la absorción vertical de exudado y lo atrapa en su interior.
- Se demuestra el éxito de la técnica innovada. Tras una exhaustiva revisión bibliográfica, no se ha demostrado constancia del desarrollo de una técnica similar en el cuidado de heridas cavitadas en colostomías de reciente creación.
- Actividad bactericida demostrada. Gracias a la actividad de la plata iónica.

Cronograma

Día 17/09/2007

Lesión cavitada, con abundantes esfácenos y un punto necrótico. Bordes muy inflamados, presencia de signos y síntomas de infección. Se inician curas con el apósito Aquacel® Ag. (foto 1)

Tamaño:

- Extensión: 2,5 x 1,5 cm.
- Profundidad: 1,9 cm.

Día 20/09/2007

Desaparición total de los esfácenos. Se reduce la profundidad de la herida. Colostomía mucho menos inflamada. (foto 2)

Día 23/09/2007

Herida en proceso de granulación, disminuye la herida en extensión y profundidad. No se evidencian signos ni síntomas de infección.

Día 25/09/2007

Clara aproximación de bordes y cicatrización total del resto de los puntos. Se mide una profundidad de 0,6 mm. Tejido de granulación. (foto 3)

Día 29/09/2007

Tejido de granulación, en proceso de cicatrización.

Tamaño: (foto 4 y 5)

- Profundidad de la cavidad: 0,3 mm.
- Diámetro de la colostomía: 30 mm.

Día 04/10/2007

Curación completa de la herida. Buena cicatrización y conservación de la piel prelesional. (foto 6)

Bibliografía:

- Codina-Cazador A, Farres R, Olivet F, Rodríguez JI, Pujades M, Roig J. Estado actual de la intervención de Hartmann en nuestro medio. Cir Esp. 2005; 78 (2): 92-5.
- Kaidar-Person O, Person B, Wexner S. Complications of Construction and closure of temporary loop ileostomy. J Am Coll Surg. 2005; 201 (5): 759-773.
- Martí Ragué J, Tegido Valenti M. Estomas Valoración, tratamiento y seguimiento. 1999 Ed. Doyma.
- Walker M, Robot JA, Newman GR, Bowler PG. Scanning electron microscopic examination of bacterial immobilisation in a carboxymethyl cellulose (Aquacel) and alginate dressings. Biomaterials 24 (2003) 883-890.
- Vanscheidt W, Lazareth I, Routkovsky-Norval C. Safety Evaluation of a New Ionic Silver Dressing in the Management of Chronic ulcers. Wounds 2003; 15 (11): 371-378.
- Newmann GR, Walker M, Hobot JA, Bowler PG. Visualisation of bacterial sequestration and bactericidal activity within hydrating Hydrofiber wound dressing. Biomaterials 27 (2006) 1129-1139.
- Bowler PG, Jones SA, Walker M, Parsons D. Microbicidal Properties of a Silver-Containing Hydrofiber Dressing Against a Variety of Burn Wound Pathogens. Journal Burn Care Rehabilitation 2004; 25: 192-196.
- Jones S, Bowler P, Walker M. Antimicrobial activity of Silver-containing Dressings is influenced by Dressing Conformability with a Wound Surface. Wounds 2005; 17(9): 263-270.
- Coultts P, Sibbald RG. The effect of silver-containing Hydrofiber dressing on superficial wound bed and bacterial balance of chronic wound. Int Wound J 2005; 2: 348-356.

Mejorando la continuidad de cuidados en el departamento de salud nº 9

La Teleconsulta de úlceras y heridas

Asegurar la continuidad de cuidados de enfermería en la atención prestada como modelo de interrelación entre profesionales de los diferentes niveles asistenciales, confiere elementos de mejora de los procesos asistenciales, poniendo a disposición del ciudadano la mejora de la calidad asistencial, donde los registros enfermeros, a través de distintas modalidades facilitan la calidad y continuidad de la asistencia reconocida en múltiples artículos de relevancia enfermera.

En la actualidad una interconsulta enfermera es una realidad. Gracias al diseño de un modelo normalizado y de una herramienta de trabajo fiable como es la informática y por su alta resolución de los mensajes enviados a través de correo electrónico (E-mail), también denominada por los profesionales como "Teleconsulta".

La implantación de este informe de interconsulta ha sido compleja, por lo novedoso en el ámbito del cuidado enfermero, por la relación entre los distintos niveles a través de interlocución de una unidad de úlceras que su actividad es fundamentalmente ambulatoria, así como las dificultades de la integración del proceso deterioro de la integridad cutánea.

Presentamos en este trabajo las consultas realizadas a una Unidad de Enfermería dermatológica, úlceras y heridas (referente), por los compañeros del departamento 9 de salud de la Agencia Valenciana de Salud e incluso de otros departamentos, para la agilización en la resolución de los casos presentados.

Palabras clave: Úlceras, heridas, interconsulta, teleconsulta, correo electrónico.

Introducción

Asegurar la continuidad de cuidados de enfermería en la atención prestada como modelo de interrelación entre profesionales de los diferentes niveles asistenciales, confiere elementos de mejora de los procesos asistenciales, poniendo a disposición del ciudadano como eje central de la prestación asistencial todos los

dispositivos con los que contamos, donde los registros enfermeros, a través de distintas modalidades facilitan la calidad y continuidad de la asistencia reconocida en múltiples artículos de relevancia enfermera.

De los registros más extendidos como herramienta facilitadora tanto al ingreso como al alta se corresponde con el informe de continuidad de cuidados tanto al ingreso -poco extendido en el ámbito de atención primaria- y al alta de enfermería, incorporado en múltiples organizaciones hospitalarias.

Menos implantada en el ámbito enfermero se encuentra la interconsulta. Este registro tiene como elemento diferencial servir de soporte documental para el seguimiento de la continuidad de cuidados en la transferencia de los cuidados enfermeros del paciente entre Atención Especializada y Atención Primaria.

Es un documento apropiado para recoger la información necesaria para la coordinación de la planificación de los cuidados entre enfermeras del Hospital, a través de la unidad de úlceras (proceso ambulatorio) y Primaria, según el estado de salud y las necesidades del paciente, familia y cuidador principal.

En la actualidad una interconsulta enfermera es una realidad. Gracias al diseño de un modelo normalizado y de una herramienta de trabajo fiable como es la informática y por su alta resolución de los mensajes enviados a través de correo electrónico (e-mail), también denominada por los profesionales como "Teleconsulta".

Presentamos en este trabajo las interconsultas realizadas a una Unidad de Enfermería dermatológica, úlceras y heridas, como elemento vertebrador la continuidad de cuidados, tras las interconsultas recibidas por enfermeras de atención primaria del departamento de salud nº 9, así como de otros ámbitos geográficos de la Agencia Valenciana de Salud, utilizando como elemento de comunicación el correo electrónico (e-mail) para la agilización en la resolución de los casos presentados.

F. Palomar Llatas,
B. Fomes Pujalte,
V. Muñoz Manez y
V. Lucha Fernández.
Unidad de Enfermería
Dermatológica,
úlceras y heridas.
A. Ruiz Hontangas,
Director Enfermería
CHGUV.

Correspondencia:
www.chguv.org
palomar_fed@gva.es

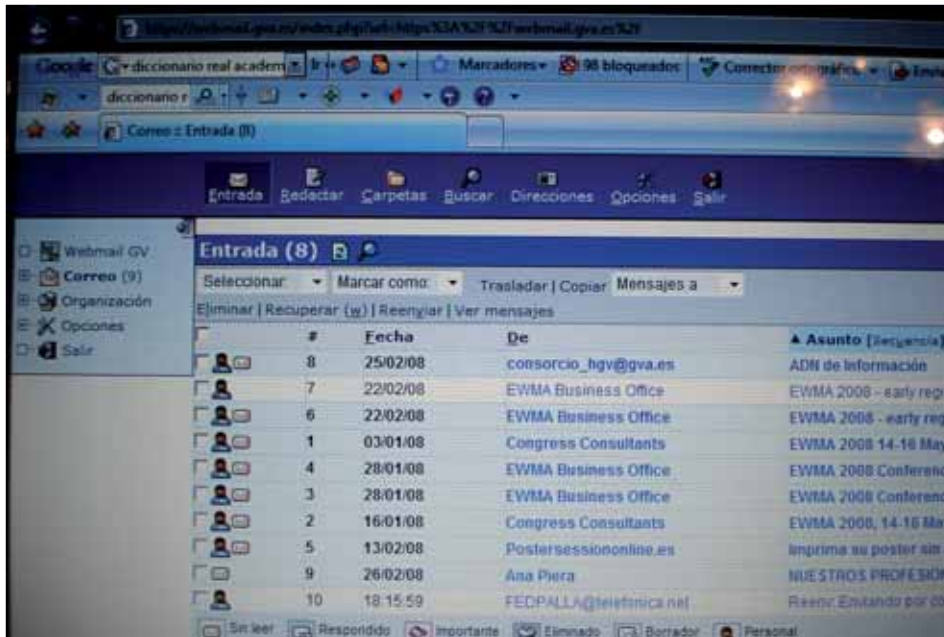


Foto 1.

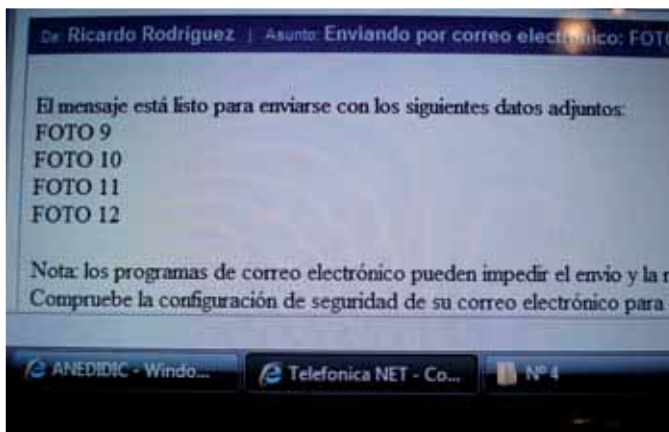


Foto 2.



Foto 3.

Definición

Consultado el Diccionario de la Real Academia de Lengua española, nos encontramos que no está definida como palabra la interconsulta, ni teleconsulta, así que definimos consulta según el diccionario de la real academia como:

1. Acción y efecto de consultar.
2. Parecer o dictamen que por escrito o de palabra se pide o se da acerca de algo.
3. Conferencia entre profesionales para resolver algo.
4. Acción de atender el médico a sus pacientes en un espacio de tiempo determinado.

Haciendo eco de esta definición denominamos teleconsulta aquella acción que solicitamos una interpretación de los datos en texto o fotografía, emitidos por correo electrónico y objetivados en pantalla de un ordenador.

Existen dos tipos de teleconsulta (1), denominados: síncrono a tiempo real, con el inconveniente de tener que estar presentes en tiempo real tanto el emisor de la interconsulta, el paciente y el receptor de la interconsulta, son las llamadas videoconferencias y que conlleva un alto coste y aparataje sofisticado donde se necesita un técnico.

El otro tipo de consulta es el asíncrono, no es en directo, ya que el emisor puede enviar los

datos y el receptor abrirlos no en el tiempo real de la emisión, es la mas utilizada y a nivel de enfermería es práctica y rápida.

Dentro de la teleconsulta asíncrona, se divide en dos apartados:


- a) La denominada teleconsulta básica, donde el emisor y receptor deben de poseer en consulta su PC, cámara fotográfica digital por lo menos de 4 a 5 megapixel con un alta resolución digital y conexión a Internet de banda ancha.

Es fácil de usar y de implantar, el inconveniente que podemos encontrarnos es que las imágenes recibidas no sean de alta resolución al igual que el PC que tengamos. (fotos 1, 2 y 3)

- b) La teleconsulta avanzada, requiere de un sistema mas sofisticado y una inversión mayor para la administración, consta de dos o tres pantallas conectadas al mismo ordenador.

Material y método

Nosotros la teleconsulta la realizamos asíncrona básica y que los datos recibidos al igual que las imágenes quedan almacenadas en el sistema informático del hospital y no en el ordenador con el consiguiente riesgo de pérdida de datos si este se averiase.


UNIDAD DE ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA, ÚLCERAS Y HERIDAS
 Telf 618 335 988 ó 46008, Correo electrónico: ulceras_hgv@gva.es

NOMBRE: _____
 APELLIDOS: _____
 CENTRO PROCEDENCIA: _____
 ETIOLOGÍA DE LA LESIÓN: _____
 ENFERMERA REMITENTE: _____
 FECHA: ____ / ____ / 20__

CRITERIOS DERIVACION A LA UNIDAD POR ÚLCERAS Y HERIDAS

<input type="checkbox"/>	> A 3 MESES DE EVOLUCIÓN
<input type="checkbox"/>	> TERAPIA INEFECTIVA A LAS 4 SEMANAS
<input type="checkbox"/>	> SIGNOS DE COLONIZACIÓN CRÍTICA O INFECCIÓN
<input type="checkbox"/>	> CELULITIS EN PIERNAS
<input type="checkbox"/>	> LINFEDEMA
<input type="checkbox"/>	> NECROSIS
<input type="checkbox"/>	> ITB > o < A LOS VALORES NORMALES
<input type="checkbox"/>	> BORDES ESCLEROSADOS
<input type="checkbox"/>	> OTROS

TRATAMIENTO TÓPICO DEL CENTRO DE PROCEDENCIA

PROPUESTA TRATAMIENTO TÓPICO DESDE LA UNIDAD

CITA A LA UNIDAD DE ÚLCERAS : DE 18, DE 18P día:

Foto 4.

El almacenaje de datos y de imágenes tanto en la básica como en la avanzada hoy en día no es un problema ya que los centros hospitalarios o lo que es lo mismo la administración poseen sistemas informáticos de almacenamiento de datos y de imágenes seguros.

Desde 2003 está funcionando la Unidad de Enfermería dermatológica, úlceras y heridas del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, adscrito al Departamento 9 de salud.

Desde su inicio ha estado en continuo contacto con los profesionales de atención primaria tanto a nivel formativo realizando sesiones clínicas de enfermería como la asistencia enfermera compartida y esto último gracias a la puesta en marcha de la teleconsulta.

Se formó un grupo de trabajo para el diseño de una hoja que nos sirviese de lazo de unión a la hora de las consultas y que fuese en ella donde se reflejasen los datos clínicos del paciente (foto 4). Esta hoja era enviada por correo electrónico (ulceras_hgv@gva.es) a la unidad y acompañada de las fotografías correspondientes.

Procedimiento

El departamento de salud 9, está formado por Centros de Atención Primaria y durante 1 año ha dependido de nosotros un centro sociosanitario.

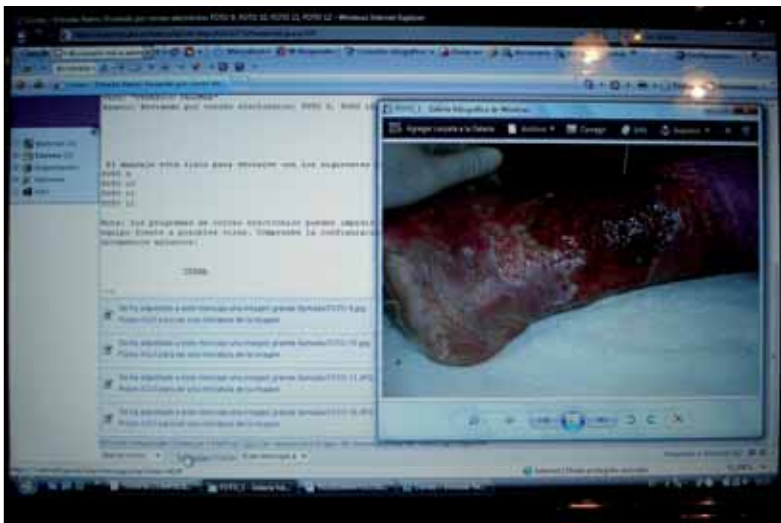
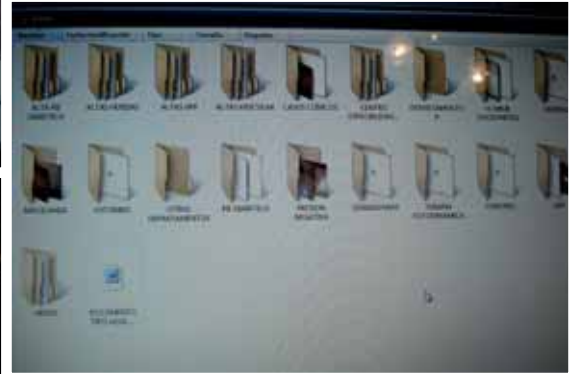
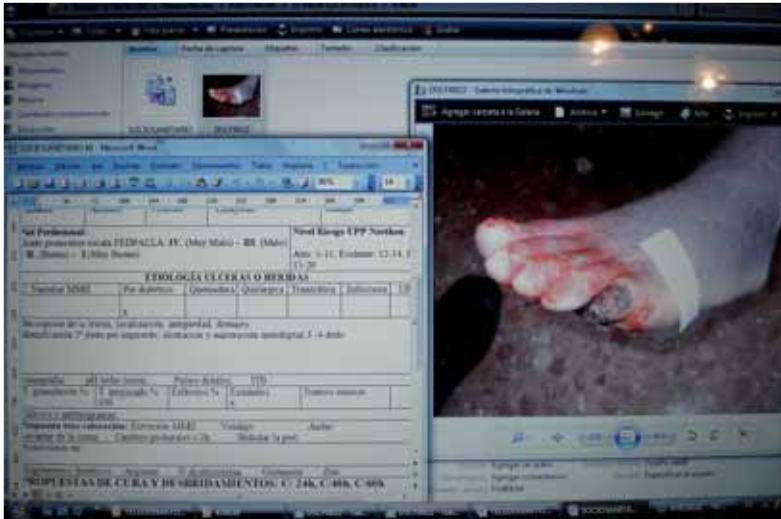
Se ha estado trabajando con la teleconsulta asincrónica básica, ya que ha sido cómoda y rápida para el personal de enfermería tanto de la unidad como de los centros de primaria.

El estudio realizado ha sido en el periodo de 2005 a 2006, tanto desde los centros correspondientes a nuestro departamento como otros departamentos de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana.

El motivo de la teleconsulta ha sido la imposibilidad del paciente para desplazarse al hospital y la profesionalidad del enfermero a consultar cuando haciendo los cuidados correspondientes a una lesión esta no evoluciona favorablemente.

Al recibir la información (fotos 5 y 6) esta es estudiada por los enfermeros de la unidad y contrastada con la iconografía que se nos envían, tras la discusión se le comunica al emisor lo necesario para continuar con los cuidados en su domicilio o centro de salud y como una posible complicación el aconsejarle el desplazamiento del paciente al hospital y nosotros solicitamos la interconsulta al especialista: cirujano vascular, cirujano plástico o traumatólogo, etc.

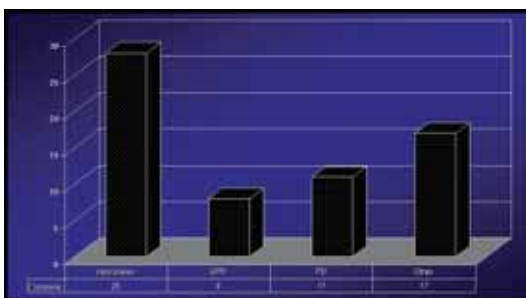
Las úlceras consultadas han sido de distinta etiología: Vasculares, Úlceras por presión (UPP), Úlceras en Pie diabético y otras etiologías.



Fotos 5 y 6.

Resultados

- Vasculares 28.
- Úlceras por presión (UPP) 8.
- Úlceras en Pie diabético 11.
- Otras etiologías 17.



Con un total de un 47 interconsultas, en un año suponiendo un 11'06% no contando las denominadas otras etiologías ya que eran consultas para el dermatólogo y que eran a su vez derivadas al médico. De este 11'06%, el 6'8% es de centros de salud del departamento, el 2'82% fuera departamento, el 0'94% provincias y el 0'47% hospitales.

Conclusiones

La implantación de este informe de interconsulta ha sido compleja, por lo novedoso en el ámbito

del cuidado enfermero, por la relación entre los distintos niveles a través de interlocución de una unidad de úlceras que su actividad es fundamentalmente ambulatoria, así como las dificultades de la integración del proceso deterioro de la integridad cutánea.

Los resultados de la puesta en marcha de la interconsulta enfermera pasan por objetivar la oportunidad de la mejora de la comunicación entre niveles, la normalización de los procesos a través del uso de un lenguaje común, la unificación de los cuidados disminuyendo al variabilidad clínica, compartir espacios de formación, disponer de asesoramiento en cuidados especializados, realizar sesiones clínicas sobre pacientes compartidos, en definitiva la puesta en marcha de la gestión clínica a través de la gestión de cuidados.

La teleconsulta es una herramienta muy efectiva para todo el personal asistencial ya que es una vía rápida, evita desplazamientos y a su vez costes tanto a la administración como al propio paciente. El profesional de la salud cada vez está mas mentalizado de la necesidad de resolución de problemas a sus pacientes, el paciente está satisfecho porque continúa con el profesional responsable de sus cuidados.

El profesional receptor en nuestro caso no ha tenido reclamaciones.

Bibliografía:

- S. Martínez-García, J. Del Boz-González, T. Martín-González, E. Samaniego-González y V. Crespo-Erchiga. **Tele dermatología.** Revisión de 917 teleconsultas. Actas dermatosifilográficas. 2007;98:318-324
- Ribera M, Fernandez P, Barco L. **La tele dermatología hoy.** *Piel.* 2001;16:225-237
- Puig L. **Confidencialidad y seguridad informática en dermatología.** *Piel* 1999; 5 suppl 1:8-9
- Moreno D, Pérez AM, Ferrándiz L, Carrasco R, Serrano P, Camacho F. **Teleconsulta de lesiones pigmentadas.** *Piel.* 2004; 19:472-479
- <http://www.rae.es/RAE/Noticias.nsf/Home?Read-Form>
- www.carloshaya.net/denfermeria/media/Cuidados/Cumplimentación%20ICC.pdf
- www.faecap.com/.../implantacion-del-informe-de-continuidad-de-cuidados-en-el-hospital-de-antequera/ - 11k
- www.ande.org/index.php
- www.fac.org.ar/ccvc/llave/c028/c028.pdf

Sobre virus y antivirus...

9a hemos visto como desde Internet, podemos conseguir cualquier tipo de información, sobre (prácticamente) cualquier tema posible; también hablamos de los criterios a utilizar para determinar si esa información es, o no, fiable (uno de los riesgos inherentes al desarrollo de una plataforma en la que el principal control lo asumen los propios usuarios). En esta entrega intentaré exponer las pautas a seguir para evitar la actuación de uno de los peligros más frecuentes y dañinos que nos podemos encontrar en la red: los virus informáticos, también apuntaremos cómo luchar contra ellos (en caso de infección) y sobre todo, las reglas básicas de precaución para no correr más riesgos de los deseables.

La informática ha ido imponiendo su presencia en todos los ámbitos de la vida, lo que, si bien aporta notables ventajas tanto en el mundo de los negocios, como en el educativo, sanitario, militar..., también puede llevar aparejados inconvenientes y peligros, en algunos casos graves, que pueden resultar más o menos dañinos, en función del tipo de "ataque" al que nos veamos expuestos y el nivel de seguridad de nuestro equipo (desde bromas inocentes, hasta la pérdida total de la información archivada en el disco duro o la inutilización de equipos y las consiguientes pérdidas económicas que se deriven).

Un virus es una especie de programa informático; una secuencia de instrucciones codificadas en un lenguaje de programación específico (código malicioso), creada intencionadamente con un fin concreto (gastar bromas, recopilar y enviar información a terceras personas o empresas, robar información sensible o simplemente bloquear la red o causar daños en los equipos); que suelen introducirse en los equipos informáticos de manera involuntaria (sin el consentimiento del usuario).

Hay muchos tipos de virus y muchas formas de infección, así como también, múltiples maneras de combatir este problema; una de las maneras más efectivas es concienciar a los usuarios del problema y que éstos eviten acciones que pueden resultar inseguras; además de complementarlo con la instalación de programas y plataformas antivirus (programas que detectan y eliminan o bloquean la actividad de estos virus o códigos maliciosos). Pero vayamos por partes.

Aunque no se conoce a ciencia cierta, se cree que los primeros virus fueron creados en los

años 60, como una especie de juego entre programadores y que poco a poco fueron sofisticándose (en 1987 una firma pakistani, introdujo una secuencia en disquetes, que al ejecutarse inutilizaba el sector de arranque de los equipos en los que se introducían dichos disquetes, como venganza y escarmiento a los usuarios que los utilizaban con copias ilegales). El desarrollo de los virus, podría decirse que ha ido parejo al de la informática, aunque inicialmente la información sobre este tipo de problemas, no se divulgaba (las empresas no querían arriesgarse a perder la confianza de los clientes y los científicos y militares, evitaban hacer pública esta vulnerabilidad en un sistema que había costado millones de dólares), pero estábamos ante un problema imparable; cada vez aparecieron más, sucediéndose programas que se autoreplicaban y reenviaban por correo electrónico a otros equipos, haciendo que se colapsaran éstos y la propia red, hasta incluso llegar a bloquearla completamente. De esta manera se comprende como la generalización del uso del correo electrónico facilitó enormemente la difusión de los virus, pero hay otros sistemas de difusión (algunos muy difíciles de detectar por el usuario medio), que ponen en riesgo a cualquier equipo conectado a Internet, pues existen determinados archivos denominados "controles activeX", que se cargan automáticamente a nuestros equipos, solo con "navegar" por algunas páginas Web. Hay que tener en cuenta que un virus puede "escondarse" en prácticamente cualquier lugar, por lo que debemos estar alerta.

Vamos a diferenciar entre dos tipos de programadores, a los que se suele responsabilizar de la creación de virus; por una parte estarían los Hacker, o expertos que se dedican a detectar fallos de seguridad y otros problemas del software (programas informáticos); algunos se especializan en virus, pero principalmente para poder combatirlos; por otra parte estarían los Cracker, que si bien tienen un perfil similar, suelen estar fuera de la ley (se aprovechan de fallos de seguridad de los sistemas, para entrar en ellos, acceder a información privada, realizar estafas u otros actos delictivos, o simplemente alcanzar notoriedad. Aunque se les suele identificar a todos con el término Hacker, serían realmente los Cracker los que desarrollan y difunden los virus y demás códigos maliciosos.

Luís Arantón Areosa.
Enfermero.
Supervisor de Calidad
del Área Sanitaria de
Ferrol. A Coruña.

Correspondencia:
luaranton@gmail.com

Tipos de virus

Según su naturaleza y las funciones que tienen programadas, se distinguen tres categorías principales de virus:

- **Virus Convencionales:** Son programas maliciosos con capacidad de reproducirse, que se ocultan generalmente en archivos ejecutables (los que tienen extensión “.exe”) y que pretenden dañar a los equipos a los que logran acceder (corrompen o borran archivos, bloquean el uso de algunos programas o simplemente ejecutan mensajes en pantalla o bromas u otras acciones que pueden resultar molestas). Suelen ser fáciles de eliminar de los equipos.
- **Trojanos:** Son una especie de aplicación que esconden un código malicioso que se activa al instalar el programa principal (pueden recopilar información privada para terceros, borrar archivos o incluso abrir vías de acceso “traseras” que podrían permitir el acceso y control del equipo de manera remota). Precisan que el usuario instale el programa huésped.
- **Gusanos:** Son programas que camuflados en correos electrónicos, se ejecutan automáticamente, replicándose y reenviándose (sin previa intervención del usuario) a las direcciones de correo que aparezcan en la agenda. Son los más difíciles de eliminar.

Las acciones que pueden llevar a cabo estos virus, en sus múltiples modalidades, van desde la destrucción o inutilización de archivos vitales del disco duro, a la saturación del sistema, con el consiguiente consumo de recursos y ralentización de los equipos; pero quizás la acción más preocupante, sea su capacidad de propagación, puesto que pueden llevarla a cabo de manera oculta, hasta que sea demasiado tarde para actuar (causan daños irreparables en tu equipo y al mismo tiempo en el de otras personas a las que puedan reenviarse o que utilicen tus mismos recursos).

Existen otros programas igual de peligrosos, que, si bien **NO** son propiamente virus, se engloban genéricamente en la denominación de **Malware**, (software que se utiliza para violar la seguridad de los equipos); algunos de los más extendidos son:

- **Dialer:** Son programas (marcado telefónico), que pueden generar conexiones telefónicas no solicitadas (generalmente a través de tarifas especiales) y dar lugar a facturas abusivas. Actúan solo en conexiones a través de modem (no en ADSL).
- **Backdoor:** Es un programa que modifica la configuración del equipo informático, dejando abierta una puerta de entrada al ordenador, que un atacante puede utilizar para espiar datos personales, instalar o copiar otros archivos o para hacerse con el control remoto del equipo.
- **Hoax:** Más conocidos como “engaños”. Se trata de avisos de fallos, catástrofes, o intentos de recaudar dinero para causas aparentemente nobles, que se propagan por correo electrónico; también pueden tener afán difamatorio contra entidades o personas concretas.

- **Exploit:** Programas que aprovechan fallos en la seguridad de los sistemas operativos (u otros programas), para enviar programas dañinos, datos corruptos o para espiar información privada.
- **DoS:** Envían miles de consultas (al mismo tiempo) a un servidor para sobrecargarlo y bloquearlo; toma su nombre del mensaje de respuesta “Denial of Service”.
- **Keylogger:** En realidad es un grabador de pulsaciones en las teclas; registra todas las pulsaciones sobre las teclas, con el fin de averiguar claves de cuentas u otra información privada.
- **Spyware:** Programa que se oculta en otro y que se instala al mismo tiempo que éste, enviando datos, costumbres, aficiones o historiales de navegación, al fabricante o a terceras personas, pero sin consentimiento del usuario.
- **Adware:** Son programas que también se ocultan en otros y se instalan conjuntamente; su misión es mostrar publicidad.
- **Phishing:** Aunque no es un virus, se ha incluido aquí por su peligrosidad. Se trata del envío masivo de correos electrónicos simulando que son de entidades bancarias, (imitan y muy bien a los correos originales de los bancos, con el mismo logotipo, etc), que con la excusa de solucionar un problema en nuestra cuenta, intentan conseguir que les enviemos nuestras claves o que accedamos a una dirección web que nos proporcionan (se trata de una página falsa, pero si entras, aparentemente es la oficial de nuestro banco) para que introduzcamos allí las claves y dar solución así, al problema que nos habían planteado. Hay que tener en cuenta que las entidades bancarias NUNCA solicitan esta información y mucho menos por vía electrónica, así que ante la duda hay que ponerse en contacto con ella, pero nunca a través del acceso que nos mandan en este e-mail.

Que hacer si ha sido víctima de esta estafa:

Actúe rápido, cambie las claves privadas por otras nuevas, notifique lo antes posible la incidencia a su entidad (no espere al día siguiente), llame de inmediato (las entidades bancarias actuarán al instante y evitará pérdidas económicas que pueden llegar a ser importantes) y sobre todo, denuncie el fraude a las Fuerzas de Seguridad (la Asociación de Internautas ponen a disposición de todos los internautas que quieran reportar información sobre “phishing”, la siguiente dirección: phishing@internautas.org)

En resumen, muchos peligros son los que acechan nuestra aventura internauta; aquí, al igual que en lo referente a la salud, podemos asegurar que una buena prevención siempre será más que rentable; la solución pasa por responder a la siguiente pregunta: ¿que aspectos hemos, de tener en cuenta, para poder navegar tranquilos y sin demasiados sobresaltos?... casi siempre, como en otros aspectos de la vida, debemos hacer que imperie la lógica.

SUITES Y PROGRAMAS ANTIVIRUS COMERCIALES más conocidos

EMPRESA	CARACTERÍSTICAS	DIRECCIÓN
Panda Internet Security 2008	Es una suite de seguridad. Incluye entre otras aplicaciones Antispyware y firewall.	www.pandasecurity.es
Norton Internet Security 2008	Suite de seguridad, que incluye Antispyware, firewall y otras aplicaciones avanzadas.	www.symantec.es
Kaspersky Internet Security 7	Suite comercial similar a las anteriores.	www.bitdefender.es
Bitdefender Internet Security 2008	Completa suite (antivirus, antispyware, firewall)	www.mcafee.com/es
McAfee Internet Security Suite 2008	Suite antivirus con diversas funcionalidades	www.mcafee.com/es

Tabla 1.

SOLUCIONES ANTIVIRUS GRATUITAS

EMPRESA	CARACTERÍSTICAS	DIRECCIÓN
AVG Antivirus Free edition	Antivirus completo: protección residente, exploración de correo electrónico y actualización periódica de los patrones (disponible en inglés).	http://free.grisoft.com
Avira Antivir Personal Edition	Incluye escudo residente, detección de virus de macro y asistente de actualización. Disponible en Inglés y en Alemán.	http://seguridad-profesional.com/
Clam AntiVirus	Se distribuye con licencia GNU GPL2 (gratuito, código abierto). Protección permanente. Instalación algo compleja.	http://w32.clamav.net/
Avast 4 Home Edition	Gratuito para usuarios domésticos sin ánimo de lucro. En español.	http://www.avast.com/esp/download-avast-home.html
Spybot-S&D	Aplicación gratuita que analiza su PC en busca de software espía, publicitario, modificadores de navegador (hijackers) y otras aplicaciones de software malicioso.	http://www.safer-networking.org/es/download/index.html
Zonealarm	Cortafuegos muy potente y configurable que permite bloquear los puertos susceptibles de ataque. Dispone de versión de pago y gratuita.	http://www.todo programas.com/programa/zonealarmfree

Tabla 2.

Medidas de protección y antivirus

Una medida lógica es disponer de un buen antivirus. Un antivirus es un programa informático cuyo propósito es combatir y erradicar estos códigos maliciosos (virus y demás malware), pero hemos de tener en cuenta que tampoco esta medida es en sí misma una medida definitiva:

1. Los creadores de virus, van siempre un paso por delante; cuando las empresas antivirus detectan un nuevo código malicioso, intentan responder en el menor tiempo posible, pero a veces los efectos destructivos ya han tenido lugar. Esta es la causa de que la principal recomendación sea que el antivirus (sea cual sea), siempre debe estar actualizado (cuanto más frecuente sea la actualización, mayor será su efectividad). Actualmente existen en el mercado soluciones antivirus para todos los gustos; algunas muy complejas y otras más sencillas; unas a precios más o menos asequibles y otras incluso gratuitas, pero no por ello menos eficaces. En las tablas 1 y 2, se rela-

cionan los sistemas principales y sus características. Analiza sus características y decídate por el que mejor te convenza (no debes fiarte solo de la publicidad de las empresas).

Los programas antivirus, actúan escaneando cada archivo del equipo (consumen recursos y pueden ralentizar los equipos) y los compara con las bases de datos de virus conocidos (actúan tras el ataque). Pero cada vez más antivirus utilizan lo que se llama técnica heurística, que se refiere a la capacidad de detectar situaciones de riesgo (secuencias que pueden corresponderse con códigos maliciosos), bloqueando su actividad e informando a la empresa antivirus, para que analice la situación y establezca una solución específica, si se confirma que es un virus (esta característica puede ser un argumento importante, a la hora de decidirnos por uno u otro sistema).

2. Muchos de estos virus, necesitan de nuestra participación para poder instalarse y llevar a cabo su cometido, por lo que hay que tener

MEDIDAS ANTIVIRUS

1. Antivirus instalado y actualizado (comercial o gratuito).
2. Sistemas Antispyware y Firewall complementarios (o integrados en la suite).
3. Utilizar particiones en el disco duro para separar el sistema operativo (programas) de la información (archivos); generalmente los virus afectan al programa operativo (no perderíamos los datos guardados en caso de infección).
4. Realizar periódicamente una copia de seguridad del registro de Windows y de los datos sensibles de su ordenador.
5. Utilizar con precaución el correo electrónico: no descargar (y ejecutar) archivos de origen desconocido o de procedencia dudosa.
6. No abrir o ejecutar archivos con extensión ".exe" sin comprobar su seguridad.
7. Extremar precauciones al utilizar programas de intercambios de archivos.
8. No responder a requerimientos realizados a través de correo electrónico, si no podemos identificar inequívocamente al remitente.
9. Denunciar cualquier intento de estafa o intrusión (phishing@internautas.org, <http://www.deltosinformaticos.com/ciberderechos/direcciones.shtml>, delitos.tecnologicos@policia.es)
10. Desconfía de los correos electrónicos, que aún procediendo de remitentes conocidos, incorporan archivos o programas que no hemos solicitado.

Tabla 3.



Imagen 1.

en cuenta una serie de medidas básicas a llevar a cabo por el propio usuario. Por muy bueno y potente que sea un antivirus, cuanto mayor sea la exposición a los peligros, más riesgo tendremos de que se produzca la infección. En la tabla 3, se resumen las medidas a tener en cuenta, para que la protección sea más efectiva.

3. Sea cual sea el sistema o sistemas empleados, el nivel de protección dependerá de la minuciosidad con que hayamos configurado dichas aplicaciones y programas; incluso desde el propio navegador puede aumentarse el nivel de seguridad y de privacidad en la navegación y dificultar la aparición de problemas (imagen 1); aprovecha los recursos propios que te dan los programas.

Como medidas de protección adicionales, es conveniente utilizar algún otro dispositivo, que funcionando en segundo plano, nos aporte un nivel de seguridad extra, como son los **firewall** (más conocidos como cortafuegos, evitan el acceso externo a nuestro equipo, tanto de aplica-

ciones como de intentos de secuestro y control del equipo) o los programas **antispyware** que se encargan de detectar y eliminar los programas espía que se intentan instalar junto a otras aplicaciones aparentemente inofensivas. Muchos antivirus comerciales ya incorporan estas funcionalidades en sus ofertas de "suites" informáticas; pero hemos de tener en cuenta que también existen soluciones gratuitas, de las que podemos beneficiarnos.

En las páginas Web de las principales empresas de software antivirus, o en la enciclopedia Wikipedia, se puede ampliar información sobre estos y otros peligros, así como de la manera de prevenirlos y en su caso, de solucionarlos.

Agradecería cualquier sugerencia sobre los contenidos que os gustaría se abordasen en esta sección Tenéis a vuestra disposición mi correo electrónico (luaranton@gmail.com).

Gracias por estar ahí.