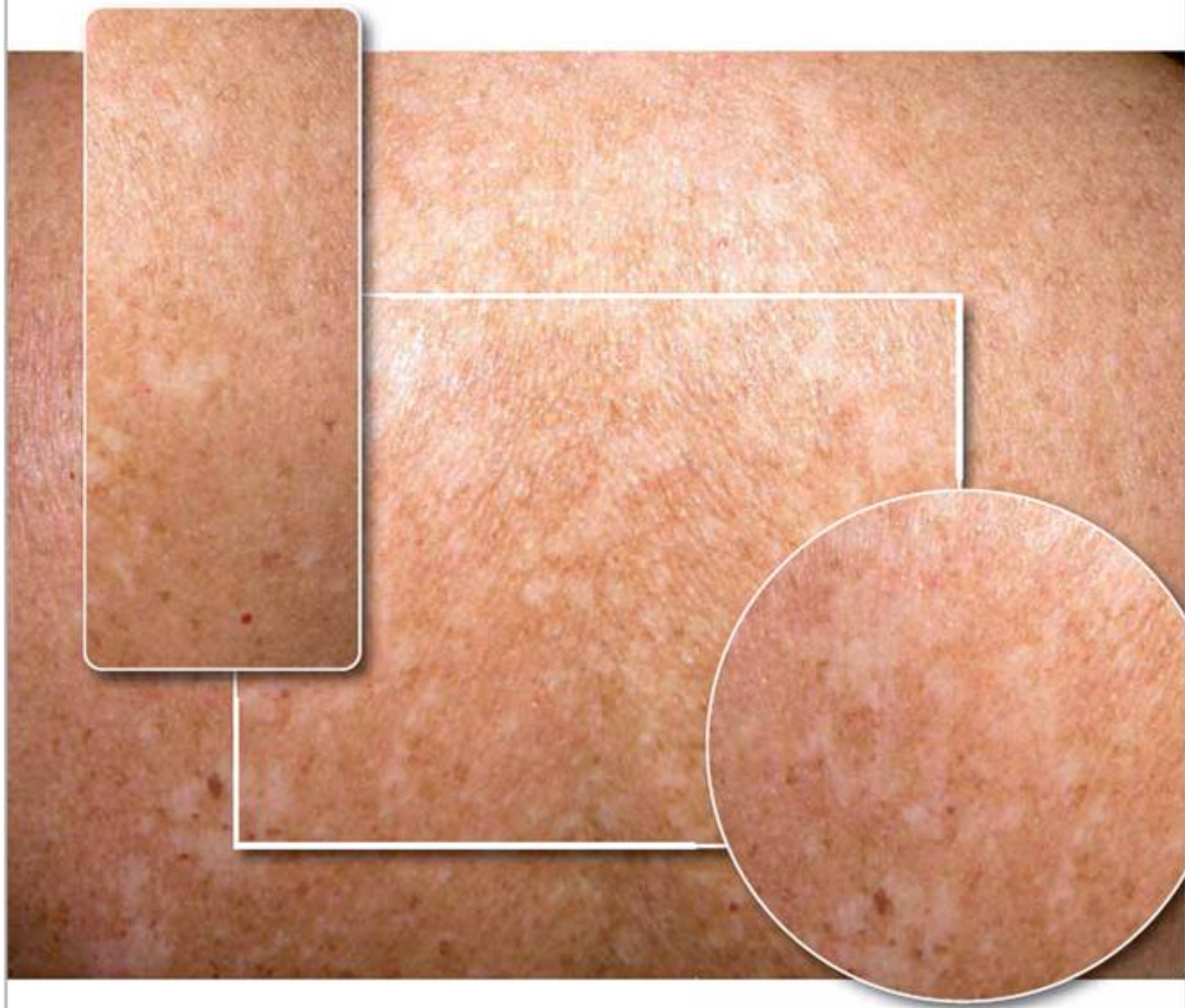


ENFERMERÍA
dermatológica
ANEDIDIC
www.anedidic.org



n ú m e r o **01**
año 1 • mayo-junio 2007

Derecho y Enfermería

El tema que no todos tenemos claro y que he titulado Derecho y enfermería, principalmente consiste en saber donde está el límite a la actuación de enfermería, donde termina el enfermero y donde empieza el médico, si la actuación del enfermero es una función propia o delegada del médico, si podemos o deberíamos prescribir fármacos, en fin una serie de preguntas que tienen respuestas varias, según a quien se pregunte, pero que para el derecho objetivo están bastante claras y aunque quedan lagunas que hay que suplir con la jurisprudencia de los tribunales o por la costumbre, pero principalmente asumiendo los enfermeros nuevas responsabilidades y retos profesionales, demostrando que somos capaces de asumir esos retos, de no asumirlos por comodidad profesional estaríamos demostrando una irresponsabilidad.

La Medicina tiene sus funciones y competencias claras desde siempre, la enfermería no, pues de hecho medicina tiene miles de años de existencia, en cambio aunque siempre ha existido la figura del cuidador, enfermería sólo tiene unos siglos y sólo unas décadas desde que los estudios son universitarios.

He creído conveniente dividir esta comunicación en cuatro apartados.

1. Daré un repaso de lo que ha sido la enfermería y sus competencias a lo largo de la historia, haciendo hincapié en lo que más no ha caracterizado, que es la llamada y siempre mal definida cirugía menor.
2. Veremos cual es el marco competencial actual.
3. Que tipo de responsabilidad se le puede exigir a un enfermero.
4. Para finalizar veremos unas cuantas sentencias sobre responsabilidad de enfermería, no muy abundantes por cierto.

Orígenes y evolución de la enfermería

Antes de abordar este apartado, me gustaría dar una de las múltiples definiciones que se dan a lo que llamamos cirugía menor, ya que es ella la que marcará a mi juicio los orígenes y evolución de nuestra profesión.

De todas las definiciones, me quedo con la que dan Enrique Oltra y otros, en un artículo publicado en Internet sobre la enfermería asturiana, dice así: *“Son procedimientos quirúrgicos sencillos, de corta duración, realizados sobre piel o tejido subcutáneo, sin sospecha de malignidad, en los que no se esperan complicaciones y con cuidados posquirúrgicos no complejos”.*

Enfermería y Cirugía Menor han ido siempre de la mano, al menos tenemos constancia documental desde el siglo XVI, en aquellas épocas existían los llamados Barberos-Cirujanos, Ministrantes, Practicantes y otras denominaciones como la de Sangrador.

Hagamos un breve repaso histórico y veremos como ha evolucionado nuestra profesión jurídicamente hablando:

- La pragmática de 9 de abril de 1500 de los Reyes Católicos reglamenta la profesión de barbero-cirujano y sangrador (uno se dedicaba a lo que llamamos la cirugía menor que entonces no estaba definida y los otros se dedicaban a hacer sangrías, muy habituales en aquella época).
- En el siglo XVII se crea la “Facultad” de Practicantes en el Hospital Antón Martín de Madrid, donde entre otras cosas se enseñaba: Cirugía, apósitos y vendajes.
- La Real Orden de 29 de junio de 1846 crea el título de Ministrante, que es palabra latina y quiere decir que administra, de entre sus cometidos destacaba la Cirugía Menor.
- El 9 de septiembre de 1857 por Ley de Instrucción Pública se crea el título de Practicante en sustitución del de Ministrante, el nuevo título amplía el rol del anterior.
- En 1888 se promulga un nuevo reglamento de la profesión de Practicante y se asigna a los mismos: La Cirugía Menor, la función de ayudante en Cirugía Mayor y los cuidados de los enfermos.
- El 26 de Noviembre de 1945 (BOE 5 de diciembre) se establece en los estatutos de las Profesiones Auxiliares Sanitarias y en su artículo 7

Jaume Castelló I Granell.
Enfermero CSI de Sueca (València) y Licenciado en Derecho.

Dirección de contacto:
jaucasgra@hotmail.com



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

crystalmina

ANTISÉPTICO CON
GLUCONATO DE
CLORHEXIDINA 1%



El antiséptico
transparente, eficaz,
seguro y rápido

PROSPECTO DE CRISTALMINA

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

establece: "El título de Practicante habilita para realizar, con la indicación o vigilancia médica ... el ejercicio de las operaciones comprendidas con el nombre de Cirugía Menor." Pero se olvida el estatuto de definirla.

- El 4 de diciembre de 1953 (BOE 29 de diciembre) se promulga el Decreto que unifica las tres profesiones sanitarias de entonces (practicante, matrona y enfermera) en el título de ATS.
- El 17 de noviembre de 1960 el Decreto 2319/1960 establece la competencia profesional de los ATS y en el artículo 3 dice: "Los practicantes y los ATS tendrán las mismas funciones a todos los efectos profesionales, sin pérdida de ninguno de los que específicamente se fijaron en el artículo 7 del Estatuto de Profesiones Auxiliares Sanitarias".
- Así hasta llegar a los actuales estudios de la Diplomatura en enfermería.

Que tipo de cirugía menor debe realizar el personal de enfermería: Puesto que no está regulada, creo que cualquier profesional está hoy en día capacitado cuando sale de la escuela universitaria para:

- Reparar heridas (curas y suturas).
- Drenaje de abscesos.
- Cirugía ungueal. Respecto a esta cirugía hay que ir con cuidado para no caer en el intrusismo respecto a los podólogos, ya hay sentencias que aunque las que yo he visto son absolutorias, podrían condenarnos, también es cierto que esto ocurrirá en el ejercicio privado de la profesión, ya que en el ámbito de la Sanidad Pública, al no haber podólogos, no se producen estas denuncias.
- Desbridamiento de úlceras y poco más. Hay que estar capacitado técnicamente, no vale sólo el título universitario, recordemos el artículo 7 antes mencionado "con la indicación o vigilancia médica" por tanto aunque algunos profesionales están más que capacitados para asumir estas y otras funciones, bien por el tipo de tareas que desempeñan o bien por el servicio al que están adscritos, la conclusión es que nuestra función respecto a la cirugía menor es delegada.

Marco competencial

Pasemos pues al segundo apartado donde nos referiremos al Marco competencial, es decir la normativa jurídica por la que nos regimos, así veremos cuales son nuestras funciones.

Las normas que nos interesa destacar son seis y son las siguientes:

1. DECRETO 23 19/1960 de 17 de noviembre de 1960 del Ministerio de la Gobernación.



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

2. ESTATUTO DE PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL, dado por Orden de 26 de abril de 1973 del Ministerio de Trabajo, esta norma aunque derogada, quedan de ella muchas cosas en vigor hasta que un Reglamento desarrolle el actual Estatuto Marco.
3. REAL DECRETO 1231/2001 de 8 de noviembre por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de la ordenación de la actividad profesional de enfermería.
4. La LEY 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias.
5. La LEY 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco del Personal Sanitario de los Servicios de Salud.
6. La LEY 29/2006 de 26 de julio de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, conocida como LEY DEL MEDICAMENTO.

No entraré puesto que no tienen ninguna validez legal definiciones de nuestra profesión, así como cuales son nuestras funciones en opinión de Organizaciones como el CIE (Consejo Internacional de Enfermería) por citar una de ámbito internacional, puesto que son definiciones ambiguas, grandilocuentes y que solo sirven como autocomplacencia, que como ya he dicho no tienen ninguna validez legal y no aportan nada al debate.

1. Veamos pues la primera norma, el Decreto 2319/1960. Este Decreto con fecha de 17 de noviembre de 1960, con solo nueve artículos fija la competencia profesional de los ATS (denominación oficial entonces) unificando con esa denominación a los Practicantes, Matronas y Enfermeras, ya con la obligación de estar colegiado.

En su artículo 2 habilita al ATS para:

- a) Aplicar medicamentos, inyecciones o vacunas y tratamientos curativos.
- b) Auxiliar al personal medico en las intervenciones de cirugía general y de las distintas especialidades.
- c) Practicar las curas de los operados.
- d) Prestar asistencia inmediata a casos urgentes hasta la llegada del medico o titular de superior categoría, a quien habrán de llamar perentoriamente.
- e) Asistir a los partos normales cuando en la localidad no existan titulares especialmente capacitados para ello.
- f) Desempeñar todos los cargos y puestos para los que en la actualidad se exigen los títulos de

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

FINANCIADO
POR LA
SEGURIDAD SOCIAL



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

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


SALVAT
innovación y salud

practicante o enfermera, con la sola distinción que en cada caso corresponda a los ayudantes masculinos o a los femeninos (evidentemente en esa época a las mujeres las sondaban las enfermeras y a los hombres los enfermeros). En su artículo 3 que ya habíamos nombrado antes, fija las funciones, remitiendo al artículo 7 de la Orden ministerial de 26 de noviembre de 1945 que establece los estatutos de las Profesionales Auxiliares Sanitarias por el que *"El título de Practicante habilita para realizar con la indicación o vigilancia médica, el ejercicio de las operaciones comprendidas con el nombre de cirugía menor"*, pero no define que se entiende por cirugía menor. Esta norma ya deja claro aquello de con la indicación o vigilancia médica, o sea funciones delegadas.

2. La segunda norma a analizar es el derogado en parte ESTATUTO DE PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO de 1973.

Esta norma aunque derogada, queda vigente en parte mientras no se desarrolle por Reglamento el actual ESTATUTO MARCO.

En la sección 1ª del Capítulo VII sobre funciones, modificado en 1984, cuando nuestra profesión era ya universitaria, deja bien claro las funciones correspondientes a enfermeras, diplomados en enfermería o ATS: *"ejercer las funciones de auxiliar del médico, cumplimentando las instrucciones que reciba del mismo en relación al servicio"*. Vamos a menos, si en 1960 las funciones eran con la indicación o vigilancia del médico, en la reforma del Estatuto de 1984 pasamos a ser auxiliares del médico.

3. La tercera norma es el REAL DECRETO 1231/2001 que regula entre otras cosas, la actividad profesional de enfermería.

Esta norma es de rango inferior a la Ley, que me perdone el legislador pero solo contiene en los artículos 52, 53 y 54 florituras a nuestra profesión, con el título de Misión de la enfermería *"...es el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos profesionales de enfermero que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos*

científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos, auxiliándose para ello de los medios y recursos clínicos y tecnológicos adecuados, en orden a detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones del ser humano, referido a la prevención de la enfermedad, recuperación de la salud y su rehabilitación, reinserción social y/o ayuda a una muerte digna".

Y con el de Cuidados de enfermería *"la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna"*.

No se vosotros que opináis, pero esta norma tiene solo seis años y a mi parecer define la profesión grandilocuentemente pero poco aporta.

Por esta norma, también la siguiente, y en los artículos que he citado, el CECOVA (Consejo de enfermería de la Comunidad Valenciana, según publica en el N° de diciembre de 2006) quiere ver que el Triage en urgencias es una actividad propia de enfermería, bien, adelante, en derecho las interpretaciones de las normas dependen de quien las interpreta, a nosotros nos interesa esa interpretación y arañar el máximo de competencias, pero mi modesta opinión es que si se acepta es debido a dos factores: La falta de médicos y que es mas barato un enfermero que un medico. No obstante yo defenderé esa interpretación donde sea aunque en todo caso competencia propia no significa competencia exclusiva.

4. La cuarta norma es la LEY 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias.

Una norma a mi juicio ambigua pues en su artículo 7.2.a) *"corresponde a los Diplomados universitarios en enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades"*.

Pero cuales son esos cuidados de enfermería, no los define la norma, creando así una inseguridad jurídica que habrá que suplir con la costumbre, que si se acredita es fuente de derecho,

Acción desbridante con efecto antiséptico



 **dertrase**[®]
POMADA

*Desbridamiento
enzimático de
amplio espectro*

*Actividad
potente y
completa*

*Control de
la carga
bacteriana*

*Preparación del
lecho ulceroso
para una correcta
reepitelización*




SALVAT
innovación y calidad

con el mismo rango que la ley y los principios generales del derecho.

Ahora bien indirectamente aplicaríamos el artículo 6.2 a) que dice: *“corresponde a los licenciados en medicina, la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención”*.

Este artículo cuando habla de actividades no dice cuales, por lo que se incluyen todas, siendo por tanto las actividades de enfermería supeditadas a las del médico.

5. La quinta norma es el actual ESTATUTO MARCO de 2003. Este Estatuto no regula las funciones de la enfermería, pues es la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, promulgada un mes antes quien la define, y que hemos visto anteriormente, si lo nombro aquí es porque, al no haber un Reglamento que lo desarrolle, queda vigente parte del anterior Estatuto de 1973 reformado en 1984.

6. La sexta y última norma a analizar es la LEY 29/2006 conocida como LEY DEL MEDICAMENTO. Esta norma no define las funciones de enfermería, pero si que deja claro ahora que se habla de la prescripción enfermera, a quien le compete prescribir.

En el artículo 77.1 de esta Ley que sólo tiene ocho meses de vida deja bien claro que *“los médicos u odontólogos son los únicos profesionales con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos”*.

En la tramitación parlamentaria de esta Ley se intentó que en la redacción de este artículo se dijese que los médicos u odontólogos fuesen los principales prescriptores de medicamentos, nótese la diferencia entre principales o únicos, esto era con la intención de dejar la puerta abierta a que otros profesionales (podólogos, matronas, fisioterapeutas y evidentemente enfermeros) tuviesen su vademécum y por tanto pudiesen prescribir ciertos medicamentos, pero no fue así, en la redacción final no prosperó y ha quedado como está que los médicos u odontólogos son los únicos prescriptores.

Hay que destacar que solo la actual Conselleria de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, Marina

Geli, es la que ha defendido y lo sigue haciendo la posibilidad de que enfermería prescriba un determinado numero de medicamentos.

Existen pues tres tipos de funciones de enfermería:

1. Las independientes o propias pero no en exclusiva, como la promoción de la salud que se hace en atención Primaria.

2. Las derivadas, que son las que se ejecutan por delegación de otros profesionales como los médicos y que son ellos los que la dirigen.

3. Las interdependientes que son aquellas que realizamos con el resto del equipo de salud.

Acabaré este apartado diciendo que la función de la enfermería evoluciona a medida que la profesión responde a las demandas del sistema de salud, con lo que es posible una reforma, pues ya han pasado 50 años de la primera norma que hemos citado que regula las funciones de enfermería, pero debería quedar claro que esa pretendida reforma ha de ir acompañada de un nuevo plan de estudios mas ambicioso, aunque en la orbita de los planes de estudios universitarios de toda la Unión Europea (conocidos como Plan de Bolonia) no se está por alargar los estudios como pudiera ser la solución, cuatro años en vez de tres, sino por acortar las licenciaturas a cuatro años y dejar las diplomaturas en tres, quizás la solución pudiese pasar por un segundo ciclo, que contemplase una verdadera especialización, este segundo ciclo sería la licenciatura, pero esto es otro tema que hoy no toca debatir.

Hoy por hoy, el marco legal no nos permite una autonomía profesional plena, aunque si personal respecto a nuestra forma de trabajo, seguimos siendo mal que nos pese auxiliares del médico en muchos aspectos.

Responsabilidad del enfermero

El ejercicio de nuestra profesión no está exenta de riesgos, nosotros trabajamos con el bien mas preciado de la persona, su salud.

La posible MALPRAXIS (la cual consiste en actuar no conforme a como el estado de la ciencia exige), esta practica incorrecta o malpraxis, si produce un daño puede ocasionar una responsabilidad civil, dejemos de momento la penal que es por causa de delito o falta.

Con las últimas reformas de la Ley del Poder Judicial, las demandas contra el personal sanitario

al servicio de la Administración Sanitaria se sustentaran en la vía Contencioso-administrativa, donde solo se podrá reclamar la responsabilidad civil del profesional sanitario (o sea la pena), el plazo para reclamar es de un año.

Aunque el Código Civil en su artículo 1214 señala que la carga de la prueba incumbe a quien reclama, en los procesos sanitarios hay una inversión de la carga de la prueba, cuyo fundamento reside en el hecho de que el profesional sanitario o la misma Administración está en mejores condiciones para demostrar que se actuó conforme a la LEX ARTIS AD HOC que luego veremos, aunque como el juez no está obligado a seguir esta doctrina, siendo esta la tendencia no siempre se aplica.

Que pasa entonces con las denuncias presentadas por la vía penal cuando la actuación del enfermero no es constitutiva de delito o falta?

Cualquiera que no esté familiarizado con el derecho se asustará y mucho si le llega una denuncia por la vía penal, ya que de entrada su nombre legal es el de querrela criminal, el juez en aras al principio constitucional de tutela judicial efectiva da trámite, aunque se abuse de este derecho.

Las razones para elegir esta vía son tres:

1. Si ha transcurrido el año de plazo para reclamar según el artículo 1968,2, esta vía tiene un plazo mas largo de entre tres y cinco años según el tipo de delito que se impute.
2. El proceso penal es el más adecuado para obtener información si hubiese obstaculización para conseguir por ejemplo la historia clínica, así si se pierde el proceso se puede después reclamar en vía civil.
3. La vía Contencioso-Administrativa que es la que hay que seguir en principio requiere una reclamación administrativa previa, con lo cual se eternizan las demandas, la penal es mas rápida y mucho mas barata, pues si en vía civil tiene que pagar un perito, en penal tendrá un médico forense que le sale gratis.

En realidad se busca una indemnización pecuniaria y no la condena del sanitario.

Como actuemos correctamente para evitar las demandas: Aplicando la lex artis ad hoc.

Lex artis ad hoc es la forma correcta de actuar, es en definitiva la conducta exigible al profesional sanitario conforme aconseja en cada mo-

mento el estado de la ciencia, y digo según el estado de la misma en cada momento, puesto que la ciencia no es inmutable y va cambiando afortunadamente según avanza el conocimiento.

Por tanto el actuar violando esta lex artis, o sea realizar una actuación sanitaria contrariamente a como la ciencia exige, es lo que denominamos malpraxis, pero no siempre esta mala praxis tiene consecuencias penales, pues para que las haya el Tribunal Supremo exige para que haya delito o falta tres requisitos fundamentales. Primero una acción u omisión inequívocamente negligente, es decir, no aplicar la lex artis ad hoc, segundo que de esa acción u omisión se produzca un daño real y directo sobre el estado de salud del paciente y por último lo que la doctrina jurídica etiqueta como el nexo causal, es decir que haya una relación de causalidad entre la acción u omisión que ha de ser negligente y el daño causado, es imprescindible que existan los tres requisitos (acción, daño y causalidad), pues de faltar uno sólo de ellos o bien no se aceptaría la demanda en vía civil o se absolvería al profesional sanitario en vía penal.

Cual es pues la mejor forma de probar que el enfermero actúa correctamente, es decir que en su quehacer aplica la lex artis ad hoc, y no se excede en su cometido, no hay mejor forma de quedar impune ante una eventual responsabilidad en la que se podría incurrir que actuar conforme a protocolos y un buen registro clínico (si me permitís, la mejor defensa no siempre es un buen ataque, sino una buena historia, hay que registrarlo todo en la historia clínica), una actuación según marca el protocolo será calificada como diligente por cualquier tribunal, aún que de esa actuación se derive un daño, pues no se actúa negligentemente (recordar lo dicho anteriormente, una actuación negligente, un daño y un nexo causal) y no olvidar que nuestra obligación es de medios no de resultados.

Pongamos por ejemplo la curación de una herida; Nuestra obligación es de medios no de resultados, no se nos exige la curación ni que esta se produzca sin secuelas de ningún tipo, nosotros nos comprometemos a actuar con la diligencia exigible poniendo los medios necesarios para que sea posible la curación, ahora bien si

esa curación no se produce, sería del todo incongruente que se sancionara al profesional, pues no ha actuado negligentemente y todos sabemos que en la curación de las heridas intervienen muchos factores, pero aún así cabe la posibilidad de que prosperara una demanda o querrela contra el profesional por mala praxis si de la actuación del enfermero se dedujera que ante la evolución tórpida de la herida no recabó una segunda opinión, más cualificados como en su caso pueda ser un cirujano, dermatólogo o plástico, los cuales hubieran podido pautar en su caso otro tratamiento aunque este no fuese efectivo, de aquí la necesidad de actuar conforme a protocolos, los cuales deben revisarse periódicamente, actuando de acuerdo a protocolos, la responsabilidad de haberla, será siempre de la Administración, nunca del profesional, el cual ha actuado de acuerdo a la *lex artis ad hoc*, y es doctrina repetida del Tribunal Supremo, que actuando de acuerdo a protocolos solo cabe la absolución del demandado.

Un tema que no quiero dejar de pasar por alto es el de los seguros de responsabilidad.

Si bien el artículo 1902 del Código Civil, señala que *“El que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño”*.

El artículo siguiente señala que la obligación de reparar el daño causado, es exigible a quienes deban responder por las personas que están bajo su dependencia laboral, así que responde el Centro Sanitario de entrada, salvo que trabajemos en un centro sin dependencia laboral, es decir lo que se conoce como arrendamiento de servicios, que para poner un ejemplo, es el caso del que trabaja para mutuas de asistencia privada, en estos casos deberemos tener imprescindiblemente una póliza de responsabilidad puesto que se equipara al ejercicio libre de la profesión.

Hoy por el hecho de estar colegiados tenemos una póliza colectiva de seguro de responsabilidad, pero claro está, esta tiene un límite, pongamos por caso que sea un millón de euros y como sabemos que hoy las indemnizaciones son elevadas, queremos hacernos una particular de otro millón, CRASO ERROR puesto que no tendríamos dos pólizas por un valor de dos millones sin que habría concurrencia de pólizas y se repartiría la indemnización propor-

cionalmente, pagando por lo tanto un máximo de un millón. En este caso habría que contratar un seguro que cubra el tramo que va de uno a dos millones.

Jurisprudencia

Tenemos atribuidas funciones específicas como aplicar medicamentos, hacer curas, etc, aunque como hemos dicho son funciones delegadas, por tanto en caso de malpraxis la responsabilidad será nuestra.

- STS 11 de octubre de 1995. Se condena a un ATS por el resultado de muerte (inmunización). De esta sentencia se desprende la doctrina de la responsabilidad del ATS, cuando actúe de manera equivocada y no conforme a la *Lex artis*, pero no sólo cuando incumpla las órdenes del médico sino lo que es más trascendente, aún cuando el médico le de unas instrucciones equivocadas porque supone la sentencia que el ATS debe tener los conocimientos necesarios para saber la peligrosidad de la actuación y por eso incluso aún atendiendo a instrucciones del médico, si éstos son equivocados y no conforme a los conocimientos básicos que éste tiene, el ATS incide en una responsabilidad civil hacia el paciente al seguirlos.

Otra sentencia similar condena por igual a un enfermero y a un médico, el enfermero administró una dosis equivocada prescrita por el médico, que por su naturaleza el enfermero debería conocer.

- STSJ Galicia. Se condena por funcionamiento anormal de la administración por práctica contraria a protocolos que impone la *lex artis*.

Conclusión

Para concluir diría que está en nuestras manos dar un salto cuantitativo y cualitativo a nuestras funciones, asumiendo nuevos retos profesionales, retos que las exigencias de las nuevas tecnologías nos demandan, si nos quedamos en el inmovilismo y por comodidad no avanzamos, los técnicos de grado medio (colectivo que lucha por abrirse camino) nos superaran y entonces nos quejaremos, pero será tarde.

Según publica el CECOVA: *“Quienes se resisten al cambio o no quieren asumir nuevas responsabilidades, están mas preocupados por la comodidad personal que por el avance de la profesión que ejercen”*.

Dermatitis atópica (DA): hidratación y plan de cuidados

Hablamos de una patología tan sencilla como problemática para la población ya que su hábitat es principalmente el infantil y que angustia a los adultos por verse inmersos en una irritabilidad y desasosiego del niño por una xerosis o sequedad de la piel que no pone en peligro su vida.

Podemos encontrarnos que la etiología es muy sencilla y que por supuesto el tratamiento médico y los cuidados de enfermería son tan simples como el cuidado diario de nuestra piel pero exceptuando que es una piel enferma y por tanto especial en su cuidado, con un diagnóstico de enfermería del Deterioro de la Integridad Cutánea de fácil solución apoyándonos en las intervenciones NIC, 3584 y 3590; diagnóstico de enfermería de Riesgo de Infección con la intervención 6540 como base y el diagnóstico enfermero de Ansiedad y las intervenciones 5240, 7130 y 4430; aplicando las actividades necesarias para su resolución.

Los objetivos de los cuidados son evitar los factores de riesgo de la dermatitis atópica, el restablecimiento graso de la barrera cutánea y el riesgo de infección.

Palabras clave: Alivio e hidratación de la piel seca y manejo del prurito.

Introducción

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria de la piel con una sintomatología de: picor intenso, piel muy seca y sensible o irritable dando lugar a zonas eczematosas, principalmente localizadas en cara (mejillas) presentado un enrojecimiento de estas, en zonas de flexión de brazos y piernas, tórax e incluso en dedos de pies y manos. La DA no presenta lesiones primarias sino, secundarias al rascado⁽¹⁾. Un pseudo-síntoma puede aparecer debido a la irritabilidad del niño por el prurito y que transmitido a los padres es un estado de an-

siedad, que hace le apliquen al niño diversas cremas o pomadas sin consultar con su dermatólogo, alargando en muchos casos el proceso de curación o alivio del brote de la enfermedad.

La DA tiene un carácter crónico por su larga duración, teniendo unas características propias de enfermedad crónica con aparición de brotes donde hay una agudeza del picor, y está clasificada como una enfermedad benigna y de una cronicidad relativa ya que los brotes disminuyen o incluso desaparecen a medida que avanza la edad. Existen tres estadios⁽¹⁾:

- **Agudo:** Intenso prurito, pápulas eritematosas y vesículas, presentado posteriormente excoriación y exudado seroso tras el rascado.^(Foto 4)
- **Subagudo:** Pápulas y placas más engrosadas, escamosas, más pálidas y excoriadas.
- **Crónico:** Placas más engrosadas (liquenificación) y con pápulas fibróticas. En la mayoría de los estadios crónicos coexisten los dos anteriores.^(Foto 3)

No es una enfermedad contagiosa, pero tiene un componente hereditario (40% al 70%), en personas con antecedentes familiares de alergias o dermatitis, es más factible en desarrollar la enfermedad.

Etiología

Se desconoce su origen. Al parecer influyen varios factores: genéticos, alteraciones inmunológicas y trastornos de la función barrera cutánea, donde ésta por la transpiración y pérdida de agua (sudoración) y la disminución de lípidos de las glándulas sebáceas hace que la piel se vuelve más seca e irritable de lo normal. También, una temperatura ambiental de frío/calor y sequedad, la fricción con ropas y la utilización de ciertos jabones (ácidos) pueden desencadenar la aparición de un brote. Por ello, utilizar cremas emolientes para la hidratación que contribuyan a la restauración de la barrera fisiológica cutánea es esencial.

V. Muñoz Mañas,
B. Fomes Pujalte y

V. Lucha Fernández,

Enfermera Unidad de
Enfermería dermatológica,
úlceras y heridas.

F. Palomar Llatas,

Coordinador Unidad de
Enfermería Dermatológica,
úlceras y heridas.

Dra. I. Febrer Bosch,

Jefe clínico dermatología
pediátrica. Servicio
Dermatología del
Consortio Hospital General
Universitario de Valencia.

Correspondencia:
Federico Palomar Llatas

Unidad de Enfermería

Dermatológica,

úlceras y heridas.

Consortio Hospital General
Universitario de Valencia

Avd/ Tres cruces s/n,

46014 Valencia.

Telf. 618 335 988

palomar_fed@gva.es

www.chguv.org ,

área de enfermería,

procesos ambulatorios.

Patogénia

La manifestación de esta enfermedad es durante los primeros años de vida (2-3 años), principalmente entre los 6 primeros meses, la proporción entre ambos sexos es de 1'5/1 para el sexo femenino⁽¹⁾ y ocasionalmente puede aparecer en adultos. En la pubertad tiende a desaparecer en un 70% de los casos que persiste, debido a un desarrollo más completo del sistema inmunitario y rara vez persiste en edades del adulto.

La incidencia en los niños de la dermatitis atópica oscila entre un 10 o un 20% de los nacidos.^(Foto 1 y 2) El porcentaje de pacientes aumenta cada año, a medida que el desarrollo en los países también es más elevado, donde juega un papel importante la polución ambiental, el estrés, y también influye el clima frío, viento, ambientes calurosos y una elevada humedad. Fácil de diagnosticar por su localización, edad de aparición y antecedentes familiares e incluso con la realización de pruebas de alergia alimentarias o ambientales⁽²⁾.

Las fases de la dermatitis atópica⁽³⁾, están consensuadas por la mayoría de autores, no queriendo decir con esto, que el orden evolutivo de la enfermedad y cronológicamente por la edad tengan por necesidad que llegar todos los pacientes a la fase 4^a.

1. Fase del lactante: Dentro del primer año de edad.
2. Fase infantil: Entre el 1º y 5º año.
3. Fase adolescente: Entre los 6 a 10 años.
4. Fase del adulto: Entre los 16 y 20 años.

Valoración

Ante un niño con DA, los profesionales de enfermería valoran el entorno familiar y medioambiental del que se rodea el niño, teniendo los parámetros de valoración sobre los aspectos que pueden incidir en el desencadenante de la enfermedad. El niño suele ser hiperactivo.

Comprobaremos si esta hiperactividad hace que a su vez influya negativamente en el con una irritabilidad que se traducirá en lesiones de solución de continuidad de la piel por rascado.

Esto nos llevará a que en ocasiones la madre presente un estado emocional alterado de ansiedad y de no saber si el tratamiento es el adecuado.

Las lesiones de solución de continuidad de la piel, llegan en circunstancias por una falta de educación (recreo en el colegio) a infectarse, se le debe de educar al niño a lavarse las manos después de los juegos.

Nos informaremos de que tejidos están hechas las ropas del niño y el habitáculo familiar si está decorado con alfombras y peluches, es decir todo aquello que nos pueda hacer una acumulo de polvo y ácaros.

Preguntaremos si realiza baño o ducha, cuanto tiempo está y de que forma se seca.

¿Es necesaria la hidratación cutánea en la DA?

Existe un consenso general entre dermatólogos y pediatras en que las medidas de hidratación cutánea son muy importantes en la DA cualquiera sea su gravedad: leve, moderada o grave.

La utilización continuada, cotidiana y persistente de hidratantes cutáneos alivia el síntoma xerosis o sequedad cutánea retrasando la aparición de los brotes. Una buena hidratación cutánea suele ser suficiente en los casos mas leves evitándose así el uso de corticoides o inmunomoduladores.

Las medidas de hidratación son especialmente importantes en circunstancias ambientales especiales como invierno, climas secos y ventosos, ejercicios al aire libre etc.

Dado que existe una gran cantidad de productos ofertados por la industria farmacéutica con el reclamo de la "hidratación" me ha parecido intere-



Foto 1



Foto 2

sante intentar explicar un poco la terminología y los fundamentos de la hidratación cutánea.

El término “hidratante” es un término comercial utilizado por la industria cosmética y los usuarios que básicamente pretende mantener un aspecto agradable tanto a la vista como al tacto propio y de los otros de la piel evitando el aspecto desagradable de una piel seca y descamada.

Los productos hidratantes ocupan el tercer lugar en la prescripción de productos OTC (Over the counter) después de la hidrocortisona y los antiparasitarios. Estos productos incluyen una enorme variedad de ofertas y promesas que van desde la simple y honesta de hidratar la piel a la más pretenciosa y a menudo insostenible bajo el punto de vista científico de poseer un efecto “anti-envejecimiento cutáneo”. Los dermatólogos y personal de enfermería debemos saber que cuando prescribimos un producto hidratante lo que pretendemos es:

1. Recuperar la función barrera alterada y reducir la pérdida transepidérmica de agua.
2. Cubrir las finas fisuras de la piel y evitar la descamación “visible” de los corneocitos.
3. Aumentar el contenido de agua de la epidermis.

¿Cuáles son los mecanismos de acción de un hidratante?

El contenido en agua de la piel es básico para mantener su integridad y su función barrera. El agua se origina en las capas más profundas de la epidermis y va emigrando hacia arriba para hidratar los corneocitos donde se va perdiendo por evaporación. La arquitectura de la capa córnea es el factor más importante en el flujo del agua y su retención en la piel y por tanto en el mantenimiento de un nivel óptimo de hidratación.

Los corneocitos bien hidratados constituyen la barrera física de la capa córnea. Además de la integridad e hidratación de los corneocitos es importante para mantener la función barrera, los lípidos bicapa y el factor natural de hidratación (Natural Moisturizing Factor (NMF)).

Los lípidos bicapa además de mantener la integridad de los corneocitos, previenen la entrada de agentes químicos irritantes y al mismo tiempo vehiculizan los productos químicos aplicados sobre la piel permitiéndoles su entrada en la piel.

El NMF que se encuentra en los corneocitos es una mezcla de sustancias higroscópicas que colaboran en el mantenimiento y retención de las moléculas de agua. La mitad de su composición la forman aminoácidos derivados de la filagrina, proteína de los queratinocitos, y la otra mitad la forman sales, lactatos, urea y electrolitos. La producción del NMF viene regulada directamente por la humedad exterior.

La descamación consiste en la degradación de los corneocitos por enzimas hidrolíticas que son agua-dependientes. Cuando hay un nivel bajo de agua en la capa córnea estas enzimas no actúan adecuadamente y los corneocitos se acumulan en la superficie cutánea produciendo lo que conocemos como piel seca. Cuando el grado de humedad es inferior al 10% se produce una alteración en la continuidad de la capa córnea.

El agente hidratante “ideal” debería pues:

1. Restaurar la función barrera de la capa córnea.
2. Retener o aumentar su contenido en agua.
3. Reducir la pérdida transepidérmica de agua.
4. Restaurar la capa lipídica con el fin de mantener y redistribuir el agua manteniendo la integridad y buena apariencia de la piel.

Estas funciones las realizan mediante tres mecanismos distintos, que por supuesto pueden combinarse en un mismo producto. Según su mecanismo de acción se dividen en:

1. Humectantes.
2. Emolientes.
3. Oclusivos.

No se le puede pedir, sin embargo, ningún efecto sobre las propiedades mecánicas de la piel como la elasticidad o distensibilidad o sobre los cambios provocados por el fotoenvejecimiento como arrugas gruesas, lentigos, queratosis solares etc.

Humectantes

Los agentes humectantes tienen la capacidad de atraer agua de dos fuentes, por un lado de la dermis aumentando la absorción de moléculas de agua desde la dermis a la epidermis y en condiciones de humedad también ayudan a la capa córnea a absorber agua del exterior. Muchos agentes humectantes tienen también capacidad emoliente. El agente humectante más eficaz es el glicerol. Las moléculas de glicerol aceleran la maduración de los corneocitos activando la transglutaminasa en la capa córnea. También facilitan la digestión de los desmosomas favoreciendo la eliminación de las escamas y evitando la xerosis. La urea al 20% es también un buen agente humectante. El ácido láctico y el lactato amónico es otro agente humectante eficaz y además el ácido láctico especialmente el isómero L estimula la formación de ceramidas; un buen nivel de ceramidas en la capa córnea aumenta la calidad de la barrera lipídica y aumenta la resistencia contra la xerosis. Combinando la acción de un humectante que aumenta la cantidad de agua de la epidermis a partir de la dermis con un buen agente oclusivo, que evita su pérdida al exterior obtenemos una mejor función barrera de la capa córnea.

Emolientes

Los emolientes que son en su mayoría lípidos y aceites hidratan y mejoran la apariencia de la piel dándole suavidad y flexibilidad lo cual suele satisfacer al consumidor pues el aspecto de la piel mejora inmediatamente tras su aplicación. Los emolientes rellenan las fisuras entre los racimos de células descamadas y no actúan como oclusivos salvo si se aplican en abundancia. Los emolientes más empleados son los ácidos grasos saturados de cadena larga y los alcoholes grasos y son muy utilizados en la industria cosmética. Como ejemplos de los más empleados tenemos el esteárico, oleico, linoleico, linolénico, laurico, que se encuentran en los aceites de coco, palma, cacahuete y alcoholes de la lana.

Oclusivos

Los agentes oclusivos reducen la pérdida de agua transepidérmica creando una barrera hidrófoba sobre la piel y mejorando la matriz entre los corneocitos. Existe una gran variedad de agentes oclusivos como la vaselina (el emoliente más barato pues a mínimas concentraciones como el 5% reduce en un 98% la pérdida de agua transepidérmica), lanolina, aceites minerales y siliconas como la dimeticona. Esta última reduce la pérdida de agua en un 20%. El inconveniente de los agentes oclusivos son su mal olor, su potencial riesgo alergénico y su aspecto grasoso y poca "cosmética" lo que limita su aceptación por parte del consumidor, aunque la vaselina goza de gran aceptación en los países anglosajones donde es ampliamente utilizada.

¿Cuál sería pues el hidratante ideal?

Sería aquel que redujera y previniera la pérdida de agua transepidérmica teniendo propiedades emolientes dando suavidad a la piel y ayudara a restaurar la capa lipídica aumentando los mecanismos intrínsecos de la piel, así mismo que fuera cosméticamente aceptable y elegante, cumpliendo los principios básicos como: hipoalergénico, sin fragancias y no comedogénico.

Que fuese capaz de permanecer largo tiempo sobre la piel y con una absorción rápida proporcionando una hidratación inmediata.

Para todas estas exigencias de un buen hidratante, la mayoría de las formulaciones utilizan una mezcla de humectantes, emolientes y oclusivos. Por supuesto a estos puntos se añadiría que tuviesen un precio razonable.

La combinación de humectantes y oclusivos aumenta la capacidad de mantener el agua en la piel y los emolientes mejoran la estabilidad y propiedades estéticas de la formulación farmacéutica. La combinación del glicerol, agente humectante con agentes oclusivos tiene una capacidad sinérgica. La fórmula cosmética más utilizada es la emulsión. La mayoría



Foto 3



Foto 4

de las emulsiones son lociones (emulsiones aceite en agua) o cremas (emulsiones agua en aceite).

El pH también es importante; es bien conocido que el ácido láctico y la urea a concentraciones altas provocan sensación de picor o quemazón por lo que a veces son rechazados por los pacientes, especialmente los niños, a pesar de sus excelentes propiedades. Una buena cumplimentación por parte del paciente que el producto prescrito reúna al máximo las condiciones ideales.

Las lociones suelen ser las más utilizadas durante el día por sus características y fluidez y ligereza. Los componentes típicos incluyen propilenglicol, aceites minerales y agua. Las cremas suelen hacerse con lípidos más pesados y se suelen aplicar por la noche. Suelen estar formuladas a base de vaselina, lanolina, aceites minerales y agua. Estos ajustes entre el contenido agua-grasa justifica las diferentes presentaciones para los diferentes tipos de piel: normal, grasa o seca.

Además la industria farmacéutica nos ofrece otra distinción según el lugar a tratar, existiendo diferentes productos para tratar la cara y las manos o cuerpo. En los cosméticos faciales existen además subdivisiones como productos específicos para los párpados, labios etc. y en los corporales existen productos específicos para manos, pies, zonas especiales como codos y talones, uñas, etc. lo cual aumenta muchísimo la oferta de productos al consumidor creando a veces confusión y ansiedad en personas muy preocupadas por su aspecto.

Diagnósticos de enfermería

Deterioro de la Integridad Cutánea

Definición: Alteración de la epidermis, dermis o ambas.

Resultado: Curación de la herida: por primera intención (1102).

Indicadores:

- Resolución de la secreción serosa de la herida (110203).
- Resolución de la sequedad (110212).

- Resolución del prurito (110212).
- Hidratación (110212).
- Textura (110212).

Intervenciones:

- Administración de medicación: tópica (2316).

Actividades:

- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del paciente del método de administración.
- Aplicar el fármaco tópico según prescripción facultativa.
- Controlar si se producen efectos locales, sistémicos y adversos de la medicación.
- Extender la medicación uniformemente sobre la piel.

Cuidados de la piel: tratamiento tópico (3584)

Actividades:

- Mojar en baño coloidal si procede.
- Realizar preferentemente baño antes que ducha, poniendo en el agua aceites o emolientes de baño.
- Desaconsejar los baños frecuentes con agua caliente. El agua debe ser templada (inferior a los 33°C) y el baño no debe prolongarse más de 10 minutos.
- Abstenerse de utilizar jabones alcalinos en la piel. El gel a utilizar en el baño será prioritario que presente un pH 5.5, con tendencia a la acidez, como el manto cutáneo.
- Si por lesiones de rascado existiese una infección pueden darse baños con detergentes antibacterianos.
- Evitar la utilización de esponjas en la aplicación del gel, éstas por fricción pueden irritar la piel.
- Secar con toalla de algodón de modo suave y sin fricción, dejando ligeramente húmeda la piel para la aplicación de las cremas hidratantes.
- Utilizar cremas, lociones o baños emolientes con un excipiente a base de O/W y sin perfumes, para una buena hidratación cutánea e intentar restaurar el pH del manto cutáneo.
- Aplicar las cremas emolientes inmediatamente

- después del baño y con la cantidad suficiente para que la piel se encuentra confortable.
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa bucal, si es necesario.
 - Aconsejar el uso de ropa de algodón, tanto para vestir como la utilizada para la cama. Es preferible que sean naturales y holgadas ya que la transpiración es más fácil y a su vez la ropa absorbe el sudor, cosa que no ocurre con las sintéticas. Los calcetines por lo tanto deberán ser de algodón o de hilo para una buena transpiración en el pie. Del mismo modo, el calzado debe ser de piel, tela o loneta por su buena aireación, el calzado de las deportivas debe ser sólo para el momento en el que se practique el deporte ya que aún siendo calzado aireado las suelas son sintéticas.
 - Desaconsejar la utilización de lejías o suavizantes para la ropa ya que pueden ser irritantes para la piel.
 - Evitar en el niño el tomate crudo o frutos cítricos al igual que el chupete ya que a este tipo de niños les desencadena rápidamente un brote en la piel peribucal.
 - Evitar las horas en que el sol es más fuerte (12 a 16h).
 - Utilizar cremas de fotoprotección alta.
 - Aconsejar el baño en el mar antes que en las piscinas, y siempre al salir del agua ducharse para retirar restos de sales marinas o cloro principalmente y para secarse posteriormente y aplicar cremas hidratantes o emolientes.
 - Mantener constantes la temperatura y la humedad de las habitaciones (20°C), evitando excesos con la calefacción y utilizando humidificadores o recipientes con agua sobre los radiadores en caso de calor o poner el humidificador en caso de aparatos de aire acondicionado. Los cambios bruscos de temperatura (frío/calor), los ambientes secos por (frío/calor) son motivo suficiente para desencadenar una brote de la enfermedad.

- Ventilar diariamente el hábitat familiar y principalmente el dormitorio del paciente, por lo menos durante 5 minutos todos los días.
- Recomendar el uso de aspiradores para eliminar el polvo ya que es el procedimiento adecuado y más rentable para prevenir la posible aparición de nuevos brotes ya que evitamos con ello levantar el polvo. La aspiración no solamente se realizará a nivel de suelo sino que tendremos muy en cuenta los lugares donde pueda haber acumulación de polvo como pueden ser: alfombras, cortinas, peluches, etc., que faciliten su concentración.
- Desaconsejar los animales domésticos (perros, gatos, jilgueros, etc.) sólo si padece una alergia a pelos, plumas de setos (2).

Vigilancia de la piel (3590)

Actividades:

- Observar si hay excesiva sequedad en la piel.
- Observar si la ropa está ajustada.
- Observar si hay enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel.
- Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.
- Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas.
- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro.
- Instruir al cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel.

Protección contra las infecciones (6550)

Actividades:

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.
- Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.
- Fomentar una ingesta nutricional suficiente.
- Fomentar la ingesta de líquidos, si procede.
- Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas.

- Aconsejar el lavado de pies cuando hay lesiones para retirar restos de sudor, tierra, polvo, etc., la aplicación de cremas hidratantes y el uso de zapatillas ventiladas y calcetines limpios⁽²⁾.
- Intentar prolongar la lactancia materna ya que evita rechazos alimentarios y estimula el sistema inmunitario del bebé.

Manejo del prurito (3550)

Actividades:

- Determinar la causa del prurito.
- Cubrir las manos con mitones, cuando resulte oportuno.
- Realizar exploración física para identificar alteraciones en la piel.
- Enseñar al paciente a evitar jabones y aceites de baño perfumados.
- Alentar al paciente a utilizar un humidificador en casa.
- Enseñar al paciente a mantener cortas la uñas. Las uñas cortas, limadas y limpias harán que durante el rascado no se produzcan lesiones y por consiguiente posibles infecciones de estas.
- Instruir al paciente para minimizar la sudoración o sudación evitando ambientes cálidos o ejercicios físicos bruscos.
- Instruir al paciente a que el baño debe ser con agua templada y durante unos 10 minutos, preferiblemente al atardecer o antes de cenar para así disminuir el estrés, la sequedad y picor a la hora de dormir.
- Aconsejar el uso de tejidos naturales. La lana y los tejidos sintéticos aumentan la temperatura corporal y por consiguiente en estos pacientes se acentúa el picor.
- Evitar de la dieta alimentos como las fresas, kiwis, plátanos, derivados del cacao y frutos secos, estos alimentos pueden desencadenar un episodio de incompatibilidad y dar origen a prurito.
- Aconsejar el baño nada más terminar la práctica de deporte ya que éste hace que la sudoración sea más intensa y si la persona no se

baña nada más terminar la piel será irritada por su propio sudor ocasionándole picor.

Riesgo de infección

Definición: Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos (ocasionado al paciente lesiones seropurulentas por rascado).

Resultado 1: Curación de la herida: por primera intención (1102)

Indicadores:

- Resolución de la secreción serosa de la herida (110203).
- Resolución de la sequedad (110212).
- Resolución del prurito (110212).
- Hidratación (110212).
- Textura (110212).

Intervenciones:

- Administración de medicación: tópica (2316).
- Cuidados de la piel: tratamiento tópico (3584).
- Vigilancia de la piel (3590).
- Protección contra las infecciones (6550).

Resultado 2: Estado infeccioso (0703)

Indicadores:

- Erupción (070301).
- Vesículas sin costra (070302).
- Supuración purulenta (070305).
- Fiebre (070307).
- Dolor/hipersensibilidad (070308).
- Malestar general (070311).
- Colonización del cultivo de la herida (070323).

Intervenciones:

- Protección contra las infecciones (6550).
- Vigilancia de la piel (3590).
- Control de infecciones (6540).

Actividades:

- Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informarse de ellos al cuidador.
- Enseñar al paciente y familia a evitar infecciones.
- Asegurar una técnica de cuidados de herida adecuada.

Bibliografía Consultada:

Proceedings of the Consensus Conference on The Management of Atopic Dermatitis In Children Ann Dermatol Venereol. 2005 Jan; 132 Spec N° 1:1S5-290.
 Moisturizers: what they are and a Practical approach to product selection. Cutis. 2005 Dec; 76 (6 Suppl): 26-31.

- Administración de terapia antibiótica si procede.
- Poner en práctica precauciones universales.
- Dar baños con detergentes antibacterianos si existe infección por lesiones de rascado, si procede.

Ansiedad

Definición: vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro, en este caso diagnosticada a los padres cuando el paciente es un niño. Resultado: Control de la ansiedad (1402).

Indicadores:

- Busca información para reducir la ansiedad (140204).
- Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad (140215).
- Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad (140216).
- Verbaliza la aceptación de la situación de salud (140219).

Intervenciones:

Disminución de la ansiedad (5820)

Actividades:

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Escuchar con atención.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Educar a la familia en que no es una enfermedad incapacitante ni contagiosa.

Asesoramiento (5240)

Actividades:

- Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.
- Establecer metas.
- Ayudar al paciente a que realice una lista de prioridades de todas las alternativas posibles al problema.
- Proporcionar información objetiva.

- Instruir a la familia sobre los cuidados a llevar con el paciente.

Escucha activa (4920)

Actividades:

- Mostrar interés en el paciente.
- Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.
- Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como contenido de la conversación.
- Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.
- Evitar barreras a la escucha activa.

Apoyo al cuidador principal (7040)

Actividades:

- Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, si procede.
- Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.
- Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente.

Mantenimiento en procesos familiares (7130)

Actividades:

- Identificar las necesidades del cuidado del paciente en casa y la incorporación de estos cuidados en el ambiente familiar y en su estilo de vida.

Terapia de juegos (4430)

Actividades:

- Si el paciente es un niño, realizar juegos en la hora del baño.

Tratamiento tópico

en casos agudos (prescripción facultativa):

- Corticoides como antiinflamatorios y antipruriginosos serán pomadas o ungüentos.
- Inmunomodulador tópico.
- Pomadas con mupirocinas u otro antibiótico al que sea sensible el *staphylococcus aureus* (principal causante) cuando las lesiones de rascado están infectadas.
- Antihistamínicos vía oral para aliviar el picor.

Bibliografía:

Fisiopatología de la dermatitis alérgica de contacto. I. Yanguas Bayona, M. González Güemes. Fisiopatología de las enfermedades cutáneas, Editorial MCR, 1996.

Dermatología.

O. Braun-Falco, G. Plewig, H.H. Wolf RK. Winkelman, editorial Springer-Verlag Ibérica, S.A. Barcelona 1995

Dermatitis atópica.

J. de la Cuadra, M. Grau, F. Millán. Dermatología, Janssen farmacéutica, 1994.

Dermatitis atópica.

M. Armijo, F. Camacho. Tratado en Dermatología, Madrid: Aula médica 1998: 143-170.

Consejos prácticos en dermatitis atópica.

Dra. I. Febrer, Dra. A. Jiménez, Dr. A. Torrelo, Dr. A. Alomar, Dr. JA. Ratón, Dr. J. Ortiz. Lab. Fujisawa.

20 Preguntas Frecuentes en Dermatitis Atópica.

L. Puig, L. Peramiquel. Barcelona: Publicaciones Permanyer 2003.

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

J.C.M. McCloskey, G. M. Bulechek. Ediciones Elsevier Science, 2002.

Clasificación de resultados de Enfermería (NOC).

Marion Jonson, Meridean Maas, Sue Moorhead. Elsevier Science.

Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones (Interrelaciones NANDA, NOC y NIC).

Marion Jonson, Gloria Bulechek, Joane McCloskey D. Meridean Maas, Sue Moorhead. Elsevier Science.

Educación sanitaria en pacientes con Escabiosis. Experiencia en población inmigrante

La sarna es una infestación por el ácaro *Sarcoptes scabiei*, que generalmente se transmite por el contacto de piel con piel y que se caracteriza por un prurito generalizado, a menudo acompañado de alteraciones cutáneas poco aparentes.

Puede afectar a cualquier edad y clase económica aunque los más afectados suelen ser jóvenes y niños menores de dos años. La incidencia por sexos es muy similar y no existen diferencias raciales significativas.

Los ácaros realizan surcos o túneles en la epidermis al poco tiempo del contacto. La hembra deposita los huevos en los surcos. Excavan sobre todo por la noche y depositan los huevos durante el día. Viven de 4 a 6 semanas y depositan una media de 40-50 huevos, estos hacen eclosión al cabo de 72-96 horas.

El inicio del prurito depende de la respuesta inmunitaria frente al ácaro, siendo en la primera parasitación alrededor de 21 días y la reinfestación de 1 a 3 días.

El período de transmisión dura mientras no se destruya el ácaro y sus huevos. Las situaciones que favorezcan el contacto físico incrementa el riesgo de contagio: promiscuidad sexual, hacinamiento...

En cuanto a las manifestaciones clínicas, domina el prurito intenso que aparece aproxima-

damente un mes después de la infestación, y se acentúa por la noche con el calor de la cama. Inicialmente se manifiesta donde se localizan los túneles subcutáneos elaborados por los ácaros y posteriormente se generaliza. Se puede decir que las localizaciones predilectas son los pliegues interdigitales de las manos y pies, codos, pliegues axilares anteriores, areolas mamarias, ombligo, cintura, pene, cara interna de los pies, tobillos y las nalgas; raramente se ve afectada la espalda, la cabeza, y nunca la nuca. La aparición de prurito en varios miembros de la familia es muy sugestivo de la enfermedad.

Las erupción en la piel, es variable y depende del grado de la infestación, higiene personal, evolución de la enfermedad, duración y tipo de tratamiento empleado. Así, hay pacientes sin apenas lesiones mientras que otros presentan todos los signos.

El signo diagnóstico es el surco acarino, en forma de coma o sinuoso, de pocos milímetros, pudiéndose ver a simple vista en el extremo de cada surco un punto negro que corresponde al ácaro.

Si queremos demostrar el ácaro, lo que será confirmativo del diagnóstico podemos emplear distintas técnicas como, la visualización en fresco o en muestra de biopsia cutánea.

M. García Linares,
M.T. Serra Ribes,
S. Ugarte Farrerons,
C. Escudero Depé,
M.J. López Jiménez y
L. Brevo Quintanilla.
ABS Raval Sud.
Ambito de Atención
Primaria de Barcelona
Ciudad. SAP Litoral.



Para la visualización en fresco basta con localizar el surco, se introduce una aguja fina paralela a la superficie cutánea, avanzando hasta la pequeña eminencia donde suele hospedarse el ácaro. Se depositan los restos epidérmicos en un porta con suero fisiológico y se observa en el microscopio óptico.

En nuestro ambulatorio, la dermatóloga prescribe el siguiente tratamiento:

1. Ducha con champú de lindane o permetrina.
2. Crema de permetrina al 5% o en su defecto loción de lindane. La aplicación se ha de hacer con especial atención entre los dedos de manos y pies, muñecas, uñas, codos, ombligo, región genital, axilas, aureolas mamarias y pliegues en general. No es necesario realizar una aplicación en la cara ni en la cabeza, pero sí desde la barbilla hasta la punta de los dedos, habiéndose cortado las uñas previamente. Se deja aplicado el preparado toda la noche, siendo indispensable ducharse de nuevo por la mañana con el champú comentado, dejándolo actuar 5-10 minutos.
3. Repetir de nuevo el paso 1 y 2 al cabo de 7 días.
4. Medidas higiénico-sanitarias hasta la erradicación del ácaro:
 - Han de realizar el tratamiento todos los miembros de la familia que convivan con la persona afectada, por tal de evitar la reinfestación.

- Se han de seguir pautas estrictas de higiene de la ropa diaria personal, de baño y de cama que haya sido utilizada desde un mes antes y durante los días del tratamiento. La ropa se ha de lavar en caliente a 60 grados y, si no es posible, se ha de guardar en una bolsa de plástico 15 días y después lavarla normalmente.
- El picor puede persistir durante pocas semanas después del tratamiento, aunque a tendencia a mejorar, cosa que evita repetir innecesariamente tratamientos que supongan un mayor coste e irritación en la piel.

Tras encontrarnos con un fracaso en el cumplimiento del tratamiento, nos planteamos las posibles causas; la más evidente es la barrera cultural idiomática por lo que nos planteamos el siguiente estudio.

Descripción de la población tributaria

El trabajo descrito a continuación se basa en la experiencia con pacientes mayoritariamente inmigrantes, visitados y diagnosticados de escabiosis en nuestro centro.

Nuestro centro, ABS Raval sud está ubicado en el Raval (entre las Ramblas y el Paralelo) es uno de los barrios que componen la ciudad de

Bibliografía:

Hablemos de... "Escabiosis: revisión y actualización"

vol.12. Campillos Páez M^a. T. (et. al). Madrid: Medifam July 2002 Print ISBN 1131-5768.

Fitzpatrick. 2005.

Scabies. Lancet. 2006 May 27; 367(9524):1767-74.

Scabies. Clinical practices. N Engl J Med. 2006 Apr 20;354(16):1718-27.

Scabies: diagnosis and treatment. BMJ. 17 Sep. 2005; 221 (7517): 619-22.

Dermatología.

Braun-Falco O. (et. al). Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, S.A, 1995 ISBN 84-07-00124-4.

Agradecimientos:

Dra. Gemma Martín Ezquerdo. Unidad de dermatología. Hospital del Mar (Barcelona).

Nargús Karim y Jawad Hussain. Mediadores culturales del CAP Drassanes.

Barcelona, de los más antiguos y está situado en la parte más baja de la ciudad, muy cerca del mar mediterráneo.

En el barrio encontramos el índice más elevado de inmigración extranjera de toda Barcelona, siendo destacable en primer lugar los inmigrantes de Asia (Paquistán...) seguidos de inmigrantes de países del Magreb y de América Central.

Debido a la pobreza y el hacinamiento hemos visto un gran crecimiento de la sarna en nuestro centro, por lo que nos propusimos crear un documento para entregarlo a los pacientes, de fácil comprensión, simplificando las instrucciones terapéuticas y traducido a varios idiomas. De momento tenemos el tríptico en castellano/urdu, pero ya estamos trabajando en la traducción e imprenta a los siguientes idiomas: árabe, ruso, chino e inglés.

La sarna, es la dermatosis parasitaria más frecuente en el mundo occidental hasta hace 50 años, disminuyó gradualmente hasta casi desaparecer de Europa y América. Desde 1970 se observa en los países Iberoamericanos y en España un gradual incremento del número de casos, señalándose verdaderas epidemias. En gran parte este incremento es debido al desconocimiento de la enfermedad por varias generaciones de médicos que se formaron sin ocasión de observar un solo enfermo de esta afección.

Conclusión

Gracias a la educación sanitaria realizada a los pacientes diagnosticados de sarna y utilizando el tríptico realizado como método de apoyo fundamental, se ha podido constatar una alta tasa de mejora en el cumplimiento del tratamiento prescrito y a la vez una verbalización directa de los pacientes del buen entendimiento de las indicaciones lo que provoca una notable mejoría en la comunicación profesional-paciente.

Creemos por tanto, que una educación sanitaria adecuada teniendo en cuenta raza, nivel cultural e idioma es básica para un buen funcionamiento del sistema, desembocando esto en un descenso importante del número de reinfectaciones.

Se está trabajando en la traducción del tríptico al inglés, árabe, puesto que son las nacionalidades con mayor presencia en el barrio después de la paquistaní.

Se ha entregado el tríptico al servicio informático del centro, que es el encargado de adjuntarlo como archivo en todos los ordenadores, de modo que una vez finalizado el estudio el médico de familia pueda acceder a la información e iniciar el tratamiento sin tener que derivarlo a dermatología evitando así costes, tiempo y abandono del tratamiento y de la asistencia al especialista para control.

- Ropa diaria personal, de baño, de cama, peluches...

روزمرہ کے کپڑے، تہاڑے، بستر کے، بھالو...



Lavar la ropa a 60°C

180 گرمی ہر تھکے کپڑوں کو دھوئیے



O guardar en una bolsa cerrada durante 15 días y después lavarla

15 دن تک تھاپ میں بند رکھ کر دھوئیے

Seguimiento:

اگلا پاس۔

Acudir de nuevo al CAP a los 14 días para control con su médico.

14 دن کے بعد اپنے فیملی ڈاکٹر سے دوبارہ رابطہ قائم کریں۔



Autoras :

L. Bravo Quintanilla
C. Escudero Depé
M. García Linares
M.J. López Jiménez
M.T. Serra Ribes
S. Ugarte Farrerons

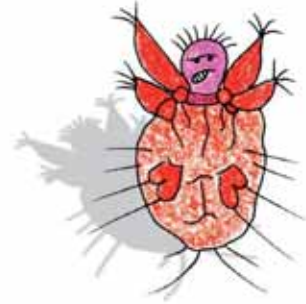
Agradecimientos :

Nargús Karim
Jawad Hussain



CAP DRASSANES
Barcelona

sarna



Educación sanitaria en pacientes con sarna

Institut Català de la Salut
Àmbit d'Atenció Primària
Barcelona Ciutat

Qué es la sarna?

La **sarna** o **escabiosis** es una enfermedad infecciosa de la piel, producida por un ácaro llamado *Sarcoptes scabiei*, que cursa con picor.

Localización de los granitos

جن جگہوں پر دانے لگ سکتے ہیں



Síntomas :

Picor intenso, sobretodo por la noche con el calor de la cama.

علامات۔۔

شدید خارش، خاص طور پر رات کے دن بستر کی گرمی کی وجہ سے۔



Transmisión

ایک سے دوسرے کو لگانا (اچھوت)



Relaciones íntimas. Compartir cama

ایکٹھے ایک بستر پر سونے سے

Lactancia



دودھ پلانا

Darse la mano de forma prolongada

ایک دوسرے کے ساتھ زیادہ دیر تک ہاتھ ملانا



Familias. Actividades en grupo con contacto físico. Convivencia

فیملی گروپ کی صورت میں جسمانی تعلق کے ساتھ کسی کام کا کرنا

Tratamiento:

علاج۔۔

- Persona afectada y entorno familiar

جن کو تھاپ ہے اور جو فیملی میں تھاپ والا بندہ رہتا ہے



NOCHE

- 1- Ducha previa con champú especial
- 2- Crema, desde cuello a pies, dejar 8 h. mínimo.

رات کے دن

- 1- پھلش ٹیپ سے سونانا ہے
- 2- کریم، گتے سے تھاپوں تک، گھنٹوں تک چھوڑنا

MAÑANA

- 3- Ducha con champú especial

صبح کے دن
3- پھلش ٹیپ سے سونانا ہے



7 دن کے اندر دوبارہ سے اس طریقے سے علاج کریں۔

Repetir el tratamiento a los 7 días!!!

Consulta de educación sanitaria a pacientes con cáncer de piel en un servicio de consultas externas

Belén Ramírez López, Silvia Calvente Granados y Encarnación Fernández Sánchez, Enfermeras en el área de Dermatología Consultas Externas Hospital Costa del Sol.

Juan Carlos Toribio Montero, Responsable de enfermería del servicio de Consultas Externas Hospital Costa del Sol.

Francisco Javier González Bonilla y Cándido Ruiz Rincón, Enfermeros en el área de Dermatología Consultas Externas Hospital Costa del Sol.

Pedro Juan Reyes Molina, Supervisor de enfermería del Centro Alta resolución de Mijas.

Se pueden poner en contacto con nosotros en la siguiente dirección: Dirección enfermería Hospital Costa del Sol, Carretera N-340, km 187. O remitir sus correos a la dirección jtoribio@hcs.es

El cáncer de piel es la forma más común de cáncer en el mundo y su incidencia está aumentando más rápidamente que cualquier otro tipo de cáncer. En nuestro medio, el Hospital Costa del Sol, supone el primer motivo de consulta en la unidad de Dermatología, esto unido al lugar geográfico en el que nos encontramos nos hace plantearnos abordar esta problemática desde el punto de vista de la enfermería.

La enfermería dispone de una herramienta fundamental para abordar la prevención y promoción de hábitos saludables: La Educación Sanitaria. Por todo ello hemos desarrollado un proyecto de educación sanitaria, mediante la creación de una Consulta de enfermería de Educación sanitaria para pacientes con cáncer de piel en el área de Dermatología, utilizando la metodología enfermera Nanda-Nic-Noc, a través de la cual podemos realizar un abordaje integral del paciente.

Introducción

El cáncer de piel es la forma más común de cáncer en el mundo. Se detectan más de 500.000 casos de cáncer de piel nuevos cada

año, y su incidencia está aumentando de forma alarmante en la zona geográfica que atiende nuestro hospital, debido a las condiciones climatológicas, lugar de residencia elegido por población del norte de Europa con Fototipo I, así como por el aumento de la exposición solar en las últimas décadas, promocionado por el canon de belleza impuesto por la moda. Sin olvidar, las actividades al aire libre de forma recreativa o por motivos laborales. (ver gráficos 1, 2 y 3)

La causa primaria del cáncer de piel es la radiación ultravioleta, generalmente del sol, pero también puede provenir de fuentes artificiales como lámparas solares. Esto unido al estereotipo actual del bronceado perfecto, más el debilitamiento de la capa de ozono que nos protegen de dichas radiaciones, nos lleva al aumento imparable de nuevos casos.

El cáncer de piel es un tumor que puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, pero en el 80% de los casos afecta a zonas de la cara, cabeza y cuello, por lo que después de la cirugía puede ocasionar en el paciente importantes secuelas cicatriciales y psicosociales.

Además el 80% del cáncer de piel se podría evitar reduciendo la exposición solar en las edades tempranas.

El análisis de esta realidad implica que se desarrollen medidas que reduzcan dicho crecimiento de casos y faciliten la adaptación de los pacientes intervenidos de cáncer de piel a los cambios estéticos sufridos después de la intervención quirúrgica.

Es por todo ello, por lo que hemos diseñado este proyecto para la puesta en marcha de esta consulta de enfermería, en la cual, la EDUCACIÓN SANITARIA, es la herramienta fundamental de la que disponemos para abordar la PREVENCIÓN y la PROMOCIÓN de la salud de todos estos pacientes, donde nos planteamos los siguientes objetivos generales:

1. Mejorar la adaptación del paciente a su enfermedad promocionando y generando conductas saludables, en los pacientes con Cáncer de Piel que han sido intervenidos quirúrgicamente, y que presenten algún diagnóstico enfermero, mediante el desarrollo de un plan de cuidados individualizado.

2. Promocionar conductas saludables a pacientes que han sufrido cáncer de piel y que no presentan alteraciones en su patrón de respuesta a dicha patología.

Objetivo

Desarrollar un proyecto de educación sanitaria, que se traduzca en un plan de actuación para el cuidado integral de los pacientes diagnosticados de cáncer de piel y atendidos en el área de dermatología del Hospital Costa del Sol.

Material y método

La metodología utilizada para el desarrollo del proyecto educativo y la puesta en marcha de la consulta de enfermería de educación sanitaria, donde se podrá realizar el análisis de las necesidades de estos pacientes y la evaluación del impacto de nuestras intervenciones, ha seguido los siguientes pasos:

- Creación de un grupo de trabajo formado por profesionales de consultas externas del Hospital costa del sol. (Enfermeros/as, Auxiliares de Enfermería, Dermatólogos y Responsables de enfermería).

Gráfico 1:

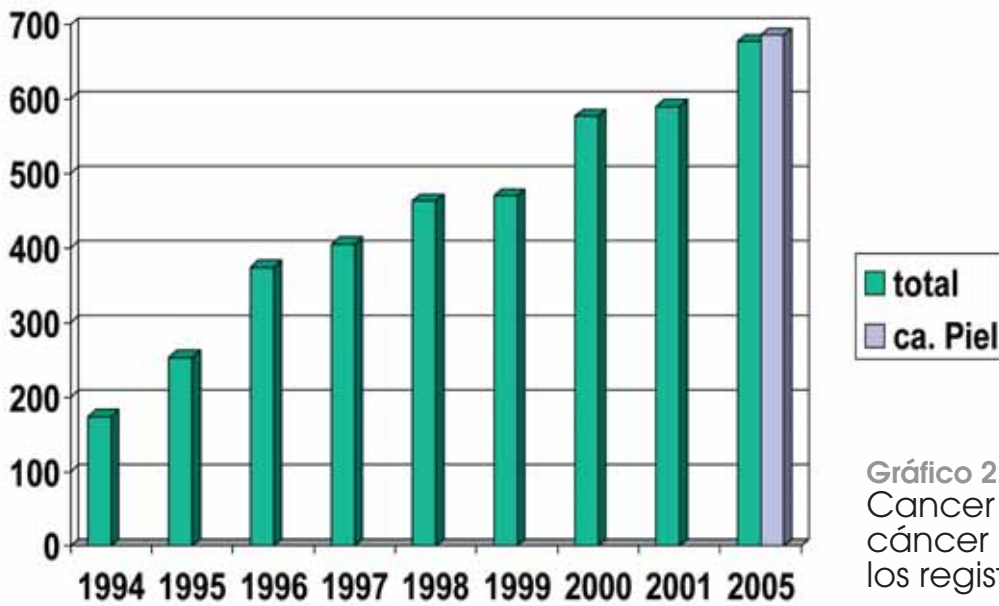
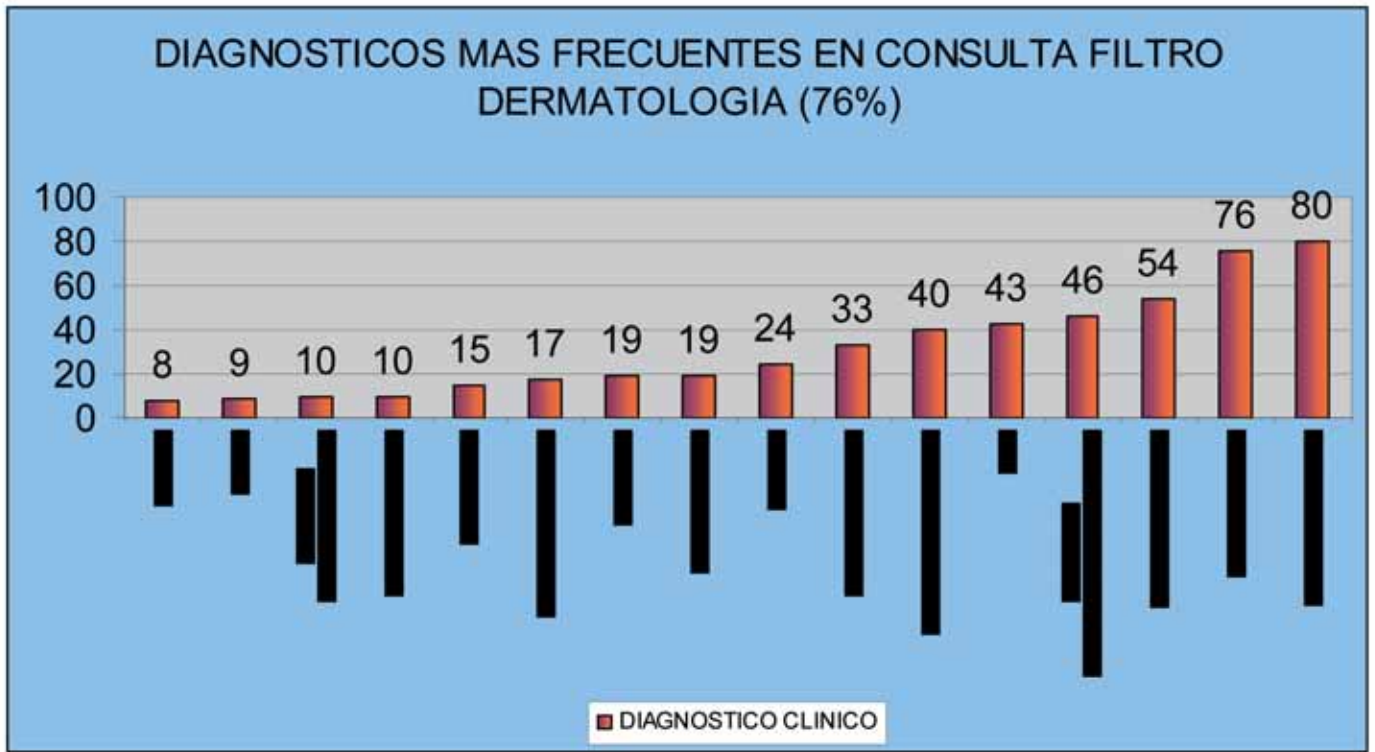


Gráfico 2:
Cáncer de piel:
cáncer más frecuente de
los registrados en el hospital

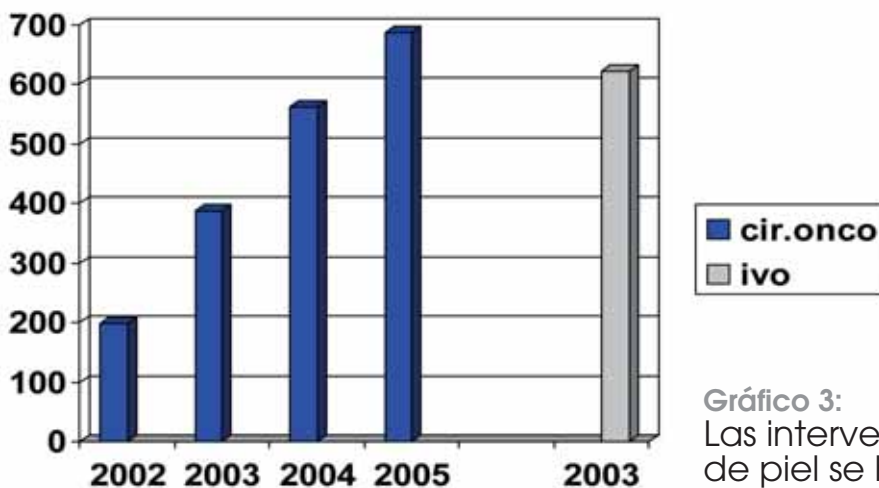


Gráfico 3:
Las intervenciones por cáncer
de piel se han triplicado 2002-2005

Gráfico 4:

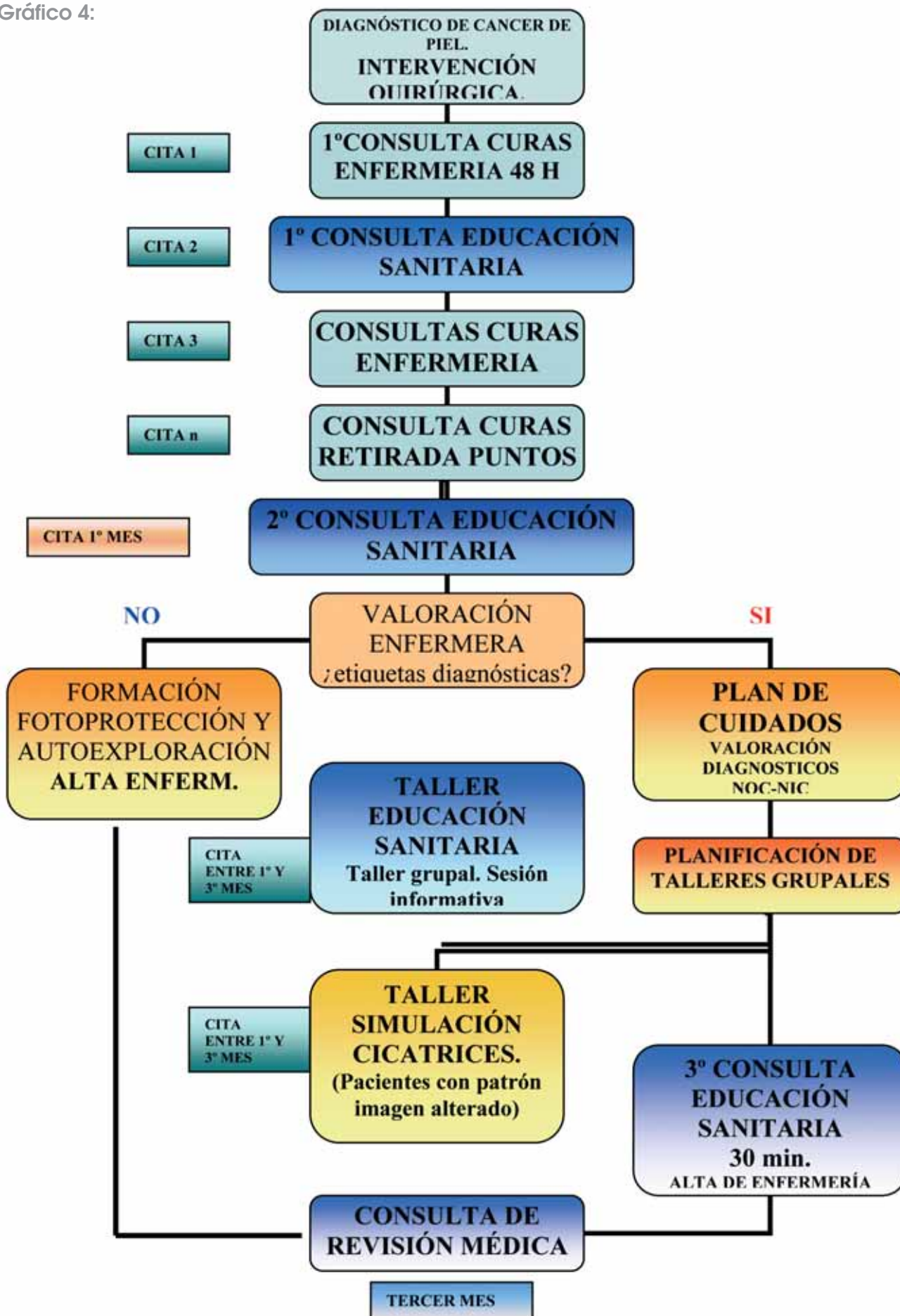


Gráfico 5:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)

<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos deficientes (00126) <u>Características definitorias:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Verbalización del problema • Seguimiento inexacto de las instrucciones <u>Factores relacionados:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Limitación cognitiva • Poca familiaridad con los recursos para obtener la información. • Falta de memoria • Falta de exposición • Mala interpretación de la información • Falta de interés en el aprendizaje 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la imagen corporal (00118) <u>Características Definitorias:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio real en la estructura o funcionamiento • Rechazo a verificar un cambio real. • Preocupación con el cambio o pérdida. • Sentimientos negativos sobre el cuerpo (desesperación, desesperanza, impotencia) • Expresión de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto a su aspecto. • Expresión de percepciones que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto a su aspecto. (por defecto cuando se marque este diagnóstico) • Miedo al rechazo o a la reacción de los otros <u>Factores relacionados:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía (por defecto cuando se marque este diagnóstico)
--	---

RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)

<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento: Fomento de la salud (1823) <i>Indicadores: (1-5)</i> <i>1-Ninguno 5-Extenso</i> 182315- Descripción de conductas para proteger la piel de la exposición solar.* (1-5) • Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803) <i>Indicadores: (1-5)</i> <i>1-Ninguno 5-Extenso</i> 180302 Descripción del proceso de la enfermedad *(1-5) 180303 Descripción de la causa o factores contribuyentes.*(1-5) 180304 Descripción de los factores de riesgo.* (1-5) 180306 Descripción de los signos y síntomas. * (1-5) 	<ul style="list-style-type: none"> • Imagen corporal (1200) <i>Indicadores: (1-5)</i> <i>1-Ninguno 5-Extenso</i> 120007. Adaptación a cambios en el aspecto físico *(1-5) 120010 voluntad para utilizar estrategias que mejoren el aspecto. (ASESORAMIENTO COSMÉTICO DE MAQUILLAJE Y SIMULACIÓN DE CICATRICES) 120014 Adaptación a cambios corporales por cirugía. *(1-5) • Aceptación: estado de salud (1300) <i>Indicadores: (1-5)</i> <i>1-Ninguno 5-Extenso</i> 130008 Reconocimiento de la realidad de la situación de salud(1-5) 130017 Se adapta al cambio en el estado de salud.*(1-5) 130010 Superación de la situación de salud.*(1-5)
--	--

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

<ul style="list-style-type: none"> • Educación Sanitaria (5510) <i>(Autoexploración, Fotoprotección)</i> • Enseñanza: proceso de enfermedad (5602) 	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciación de la imagen corporal. (5220) <i>(Asesoramiento cosmético-maquillaje)</i> • Potenciación de la autoestima (5400)
--	--

- Período de análisis y diseño del proyecto: Enero 2005 a noviembre 2006.
- Implantación de la consulta de educación sanitaria. Enero 2007
- Ámbito de actuación: Área de cobertura del Hospital Costa del Sol.
- Sujetos de análisis y actuación: Pacientes diagnosticados de cáncer de piel.

A lo largo de este período de tiempo el grupo de expertos ha desarrollado multitud de reuniones para la puesta en marcha de la Consulta de Educación Sanitaria, para desarrollar los siguientes objetivos específicos: (ver gráfico 4)

- Desarrollo de un plan de cuidados específico, mediante la utilización de la metodología enfermera Nanda-Nic-Noc.
- Elaboración de una encuesta focalizada que complementaría a la valoración de necesidades de Virginia Henderson.
- Diseño del contenido de las consultas de enfermería y de los talleres tanto de educación sanitaria como de Simulación de cicatrices.
- Creación del circuito Asistencial del paciente.

Resultados

Tras el periodo de diseño, se ha desarrollado un proyecto de educación sanitaria, en el que se han

cumplimentado los objetivos expuesto en el apartado anterior a través del siguiente proceso:

El paciente entra en el circuito tras ser diagnosticado e intervenido de cáncer de piel. Una vez finalizada su intervención se le facilita una primera visita a la consulta de Educación Sanitaria de Enfermería a las 48 horas.

En dicha visita se abordan las intervenciones de enfermería derivadas de los cuidados de la herida quirúrgica y se da una educación general de forma oral y escrita, a través de trípticos informativos.

En la segunda cita, se realiza una valoración inicial por medio de un cuestionario específico en el que determinamos el nivel de conocimientos, aptitudes y actitudes ante la exposición solar, fotoprotección y autoexamen de piel. De este cuestionario se obtiene una puntuación final que nos permite de forma objetiva, crear las bases sobre las cuales tenemos que dirigir nuestras intervenciones. (ver gráfico 6)

La segunda consulta de educación sanitaria, se programa al mes de la intervención, haciéndola coincidir con la consulta médica, ya que entendemos que es suficiente tiempo como para detectar un patrón de respuesta alterado.

En dicha visita se realiza una valoración integral del paciente, siguiendo el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson. A partir de esta

Bibliografía:

- Estudio Sobre Hábitos de Fotoprotección, Actitudes y Conocimientos en la Costa del Sol.**
Financiado por la Consejería de Salud 2004.
Hospital Costa del Sol.
- Manual de Diagnósticos Enfermeros Nanda/Nic/Noc**
(Aentde).
- Predicting Children's Sunscreen Use: Application of the Theories of Reasoned Action and Planned Behavior.** *Staci C. Martin, M.A.* Preventive Medicine 29, 37-44 (1999).
- Application of Azjen's Theory of Planned Behavior to Predict Sunbathing, Tanning Salon Use, and Sunscreen Use Intentions and Behaviors.**
Joel J. Hillhouse. Journal of Behavioral Medicine, Vol 20. Nov 4 1997.
- A Survey of Recreational Sun Exposure of Residents of San Diego, California.**
Wendy Grove Newman. American Journal of Preventive Medicine, Volumen 12 Nº3 1996.
- Sunbathing and Sun-Protection Behaviors and Attitudes of Young Swedish Adults Birth Hereditary Risk for Malignant Melanoma.**
Mia Bergenmar. Cancer Nursing Vol.24, Nº5 2001.
- A Workplace Intervention for Increasing Outdoor Workers' Use of Solar Protection.** *Afaf Girgis.* American Journal of Public Health Vol. 84 Nº1 January 1994.

CUESTIONARIO PACIENTES DERMATOLÓGICOS

NOMBRE [redacted] **NºHªCª** [redacted] **RESULTADOS**
EDAD [redacted] **FECHA** [redacted]

TIPO DE PIEL

- Tez muy blanca, cabello rubio o pelirrojo, ojos claros, no se broncea, se quema con facilidad
- Tez blanca, se broncea en forma mínima, se quema al sol con facilidad.
- Tez blanca, se broncea en forma gradual, se quema al sol si se expone por tiempo prolongado.
- Tez aceitunada o más oscura, se broncea con facilidad, se quema raramente
- Tez muy oscura, se quema raramente o no se quema nunca.

- 1 ¿Tiene Vd. Historia familiar de cáncer de piel? (padre, madre, hermanos,...)
SI NO
- 2 ¿Ha tenido Vd. Anteriormente cáncer de piel?
SI NO
- 3 ¿Tiene Vd. Un gran número de lunares? (mayor de 40)
SI NO
- 4 ¿Se ha quemado Vd. alguna vez en la infancia?
SI NO
- 5 ¿Tiene conocimiento de lo que es un cáncer de piel?
SI NO
- 6 ¿Tiene conocimiento específico de su tipo de tumor?
SI NO
- 7 ¿Tiene conocimiento de la gravedad de su enfermedad?
SI NO
- 8 ¿Tiene conocimiento de si puede tener complicaciones o repetirse?
SI NO
- 9 ¿Ha vivido en una zona geográfica de sol intenso?
SI NO
- 10 ¿Está Vd. expuesto al sol durante largo tiempo debido a su trabajo?
SI NO
- 11 Cuando se expone al sol, ¿se protege con gorro, camiseta, ...?
SI NO
- 12 Se ha expuesto con frecuencia al sol o a una camilla bronceadora para broncearse?
SI NO
- 13 Generalmente ¿usa protector solar cuando se expone al sol?
SI NO
- 14 ¿Sabe como mantener una piel sana?
SI NO
- 15 ¿Sabe como distinguir un lunar sospechoso de uno normal?
SI NO
- 16 ¿Sabe cómo explorar su piel en busca de posibles anomalías?
SI NO
- 17 ¿Podría explorarse la espalda Vd. solo?
SI NO
- 18 ¿Cree que su cambio de imagen va a afectarle en su vida cotidiana?
SI NO
- 19 ¿Siente temor a la hora de relacionarse con los demás?
SI NO
- 20 ¿Se ha mirado al espejo?
SI NO
- 21 ¿Se ha tocado la herida?
SI NO
- 22 ¿Necesitaría el conocimiento de técnicas para mejorar su aspecto físico?
SI NO
- 23 ¿Le preocupa la cicatriz?
SI NO
- 24 ¿Se siente observado por los demás y eso le puede incomodar a la hora de salir a la calle?
SI NO
- 25 Anímicamente, ¿cree que deberíamos hablar de lo que le ocurre?
SI NO
- 26 ¿Sería de ayuda para usted el conocer a otras personas que se encuentran en su misma situación?
SI NO
- 27 ¿Cree que su aspecto físico puede llegar a dar mala imagen y ser rechazado por ello?
SI NO

	%		
NIVEL DE RIESGO DE CA. PIEL	0	0	NORMAL
DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS	0	0	no incluir
Sobre su enfermedad	0	0	no incluir
Sobre fotoprotección	0	0	no incluir
Sobre Autoexploración	0	0	no incluir
DETERIORO DE LA IMAGEN CORPORAL	0	0	no incluir

valoración indentificamos los posibles problemas que pueda tener el paciente. Si el paciente no presentase ninguna alteración se procedería al alta del mismo; en caso contrario el patrón de respuesta estaría alterado y nos planteamos un plan de cuidados individualizado.

Para facilitar nuestra labor hemos elaborado un plan de cuidados guía ^(ver grafico 5) utilizando la metodología NANDA/NOC/NIC, en los que los diagnósticos de enfermería más prevalentes son: El trastorno de la imagen corporal y el Déficit de conocimientos. Aunque hablamos de un plan de cuidados guiado, no quiere decir que sea un plan de cuidados cerrado a otros problemas, también frecuentes, como la Ansiedad, Afrontamiento inefectivo, Negación ineficaz, etc.

Desde este momento planificamos las intervenciones para conseguir los resultados que nos hemos marcados.

A los tres meses se programa una tercera visita haciéndola coincidir con la visita médica, en la que evaluamos los indicadores de los resultados marcados y volvemos a realizar el cuestionario específico inicial para valorar los resultados de nuestras intervenciones. Si los problemas han desaparecido procedemos al alta y si el patrón de respuesta continúa alterado, volvemos a plantear / reforzar el plan de cuidados, hasta conseguir los resultados esperados.

Conclusiones

Desde el área de enfermería de consultas externas, hemos conseguido abordar un aspecto fundamental en la visión holística del paciente, la creación de un proyecto de educación sanitaria que basándose en un plan de cuidados, pretende abordar desde un punto de vista integral, al paciente diagnosticado de cáncer de piel, para posteriormente poder evaluar el resultado de nuestras intervenciones.

En evaluaciones periódicas, podemos comprobar que el paciente ha adquirido la información necesaria para controlar su patología y prevenir los factores de riesgo, mejorando la adaptación a su enfermedad y promoviendo su autocuidado.

Enfocándolo desde una perspectiva integral, y gracias a la metodología enfermera, podemos abordar aspectos novedosos como el tratamiento estético de las cicatrices, que generan gran ansiedad y miedo, además de posibles problemas psicológicos de adaptación. La educación sanitaria, se convierte desde esta perspectiva en una herramienta de gran impacto en manos de enfermería.

Bibliografía:

Mahler Effects of Appearance-Based Interventions on Sun Protection Intentions and Self-Reported Behaviors. Helke, I.M. Health Psychology Vol. 22 N°2 2003.

Habitos de Fotoprotección en la Facultad de Ciencias de la Educación Física y el Deporte de la Universidad de Granada. María Peña Ortega. Piel 2004, 19(4): 179-83.

Weinstock Randomized Controlled Community Trial of the Efficacy of a Multicomponent Stage-Matched Intervention to Increase Sun Protection Among Beachgoers. Martin A. Preventive Medicine 35, 584-592 (2002)

Factors Associated with Sunburn in White Children Aged 6 Months to 11 Years. H. Irene Hall. American Journal of Preventive Medicine. Vol. 20 N°1 2001.

Skin Cancer Prevention and Care in the Sun: An Evaluation of Knowledge, Attitude and Reported Behaviour of Nottingham Citizens. Olufunke T Adedeji. Health Education Journal 61 (3) 2002 221-230

Knowledge and Attitudes as Predictors of Sunbathing Habits and Use of Sun Protection Among Swedish Adolescents. R Bränström Beliefs. European Journal of Cancer Prevention 2001, 10, 337-345.

A Survey of Sunbathing Practices on Three Connecticut State Beaches. Barry S. Zitser. Connecticut Medicine, October 1996 Vol 60 N°10.

Tratamiento conjunto de hidrofibra de plata y emulsión de ácidos grasos hiperoxigenados en pie diabético

Se presenta el caso clínico de una paciente con úlceras venosas vasculares recidivantes de varios años de evolución. Actualmente en tratamiento con hidrofibra de Ag (Aquacel Ag®) y emulsión de ácidos grasos hiperoxigenados (Corpitol emulsión®).

Introducción

Mujer de 81 años de edad, diagnosticada de DM tipo I desde los 34 años. Hipertensión, dislipemia, afectada de retinopatía diabética. Alergias a los AINES, Penicilinas y derivados.

Presenta lesión obstructiva moderada en ambas piernas con úlceras vasculares recidivantes que actualmente aparecen en el miembro inferior izquierdo, en el borde externo del pie y en la base del calcáneo. La piel perilesional está afectada por una gran deshidratación-descamación y eczemas vesiculosos.

Objetivos

Evaluar la evolución de las lesiones en la piel mejorando el estado de la piel perilesional en una paciente diabética.

Material y método

Se inicia tratamiento por Atención Primaria el 4-01-07, remitido por la Unidad de Hospitalización

a domicilio, tras la amputación del 5º dedo del pie izquierdo.

Se realiza el ECODOPLER con resultado de 0.6 en miembro izquierdo y 0.7 en pie derecho. Con lo que se confirma la lesión obstructiva moderada del paciente.

Se practica analítica sanguínea destacando la Hb1Ac de 8.30%, indicándonos el mal control metabólico de la paciente.

Se descarta osteomielitis tras la realización de una radiografía.

Con estos datos y los parámetros de la escala de Wagner, catalogamos la úlcera como grado II. Utilizando esta escala porque es la más validada en cuanto a la clasificación de úlceras en pie diabético. La piel perilesional la valoramos con la escala FEDPALLA, siendo la que mejor recoge los 5 parámetros más destacables para dicha evaluación.

Diagnósticos de enfermería

- 00044 Deterioro de la integridad tisular.
- 00046 Deterioro de la integridad cutánea.
- 00004 Riesgo de infección.

Procedimientos de enfermería

- 3660 Cuidado de la heridas.
- 4066 Cuidados de la insuficiencia venosa.
- 4062 Cuidados de la insuficiencia arterial.

Vicente
Martínez López,
D.U.E. Servasa.
M^{ra} Ángeles
Moreno Moreno,
D.U.E. Servasa.
Virtudes
Hernández Carrón,
D.U.E. Servasa.

Tabla I: Escala Valoración de la Piel Perilesional (FEDPALLA)

Hidratación		Dermatitis		Vascularización (color de la piel)		Bordes		Depósitos		suma total de puntuación
5	Piel normal	5	Piel normal	5	Eritema rojo	5	Lisos	5	Escamas	
4	1cm macerada	4	Eczema seco	4	Eritema violáceo	4	Inflamados y mamelones	4	Costras	
3	> 1cm macerada	3	Eczema exudativo	3	Negro-azulado-marrón	3	Romos o excavados	3	Hiperqueratosis	
2	Seca	2	Eczema vesiculoso	2	Eritema >2 cm y calor (celulitis)	2	Esclerosados	2	Pústulas sero-purulentas	
1	Seca y con esclerosis	1	Eczema con erosión o liquenificado	1	Negro (trombosado)	1	Necrosado	1	Edema, linfedema	
Valor										



Tabla II: Grados y Pronostico Epitelización

Puntos	Grado	Epitelización
entre 5 y 10	IV	Muy malo
entre 11 y 15	III	Malo
entre 16 y 20	II	Bueno
entre 21 y 25	I	Muy bueno

Procedimiento

4-01-07. Resultados de la escala de FEDPALLA en miembro inferior izquierdo es de 8 puntos grado IV. Las úlceras presentan zonas de tejido necrótico con abundantes esfácelos y exudado muy denso y maloliente. Iniciamos desbridamiento quirúrgico y autolítico (Varihesive hidrogel®) colocando encima de la lesión el apósito de hidrofibra (Aquacel Ag®). Hidratando toda la extremidad con la emulsión de ácidos grasos hiperoxigenados (Corpitol®). Finalizamos con un vendaje de sujeción (no compresivo). Esta pauta se repite cada 48 horas durante aproximadamente un mes.

4-02-07. Resultados de la escala FEDPALLA es de 18 puntos, grado II. Las úlceras presentan una reducción considerable. Habiendo desaparecido gran cantidad de esfácelos y la aparición de tejido de granulación.

El exudado es ahora seroso y no presenta mal olor.

Curas locales con apósitos de hidrofibra de plata (Aquacel Ag®) y emulsión de ácidos grasos hiperoxigenados (Corpitol®) en el resto de la piel. Esta pauta sigue aplicándose cada 48 horas, manteniendo un vendaje no compresivo.

Conclusión

La utilización de la hidrofibra de hidrocoloide (Aquacel Ag®) en un pie diabético y previo desbridamiento quirúrgico y autolítico, gestionó eficazmente el exudado de la herida. Combatiendo la infección y el olor, sin llegar a macerarnos los bordes de la herida.

La aplicación de los ácidos grasos hiperoxigenados (Corpitol®) facilitó el proceso de cicatrización al preservar los bordes de la lesión evitando la maceración y favoreciendo la hidratación de la piel perilesional.