

COMUNICACIONES PÓSTER DEL XII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA

ÚLCERA POR PRESIÓN IATROGENICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Landete-Belda L.

Grupo investigación Integridad y Cuidados de la piel. Universidad Católica de Valencia.

Contacto: lylanbel@gmail.com

Premio Compartido a la Mejor Comunicación PÓSTER en el XII Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica.

INTRODUCCIÓN

La implantación de estimuladores cardíacos, como técnica quirúrgica puede presentar una serie de complicaciones como la lesión de la piel bajo la que se encuentra el dispositivo, bien por fuerzas mecánicas de presión o por infección de la bolsa donde ésta aloja (prevalencia del 1%).

PRESENTACION DEL CASO

Antecedentes personales

- Hombre
- 65 años
- DAI desde el año 2004, situado en cuadrante superior del tórax
- Recambio del dispositivo en el 2010
- Fumador
- EPOC, Cardiopatía
- Independiente para AVD

Características de la lesión: aspecto hematomatoso. No edemas ni coacción. Dolor (nivel 3 EVA). No solución de continuidad, inicio de necrosis.

Plan de cuidados: diagnósticos principales, objetivos e intervenciones.-

| Problema de colaboración: | Úlcera por presión | |
|--|--|--|
| NANDA | NOC | NIC |
| 00044 Deterioro de la integridad tisular r/c factores mecánicos m/p lesión de los tejidos sin solución de continuidad | 1101 - Integridad tisular: piel y membranas mucosa | 3590 - Vigilancia de la piel 3660 - Cuidados de las heridas |
| 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos (marcapasos) | 1902 - Control del riesgo | 3500 - Manejo de presiones |
| Problema de colaboración: | Dolor | |
| 00132 Dolor agudo r/c lesión tisular m/p manifestación verbal. | 1605 - Control del dolor | 1400 - Manejo del dolor 0840 - Cambio de posición 2210 - Administración de analgésicos |
| Problemas de colaboración | Riesgo de infección | |
| 00004 Riesgo de infección r/c solución de continuidad de la piel: incisión quirúrgica | 1102 - Curación de la herida: primera intención 1902 - Control del riesgo | 3660 - Cuidados de las heridas 6550 - Protección contra las infecciones |

EVALUACIÓN DEL CASO

Intervención de forma ambulatoria para recolocación del dispositivo en zona submuscular, evitando así la presión contra el plano cutáneo.

A los 15 días se observa buena evolución: Ausencia de signos locales/sistémico de infección y disminución del dolor (EVA 1).

DISCUSIÓN

La eliminación del factor causal mediante procedimiento quirúrgico (eliminación de la presión constante contra el plano cutáneo) es la solución más adecuada.

Problema multidisciplinar que implica la necesidad de un segui-

miento y control por enfermería desde el implante del dispositivo para la vigilancia de signos y síntomas específicos (dolor local, retracción de la piel, edema, erosión, etc)

CONSULTA DE ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA. DIEZ AÑOS DE EVOLUCIÓN: 2002-2012

Autores: Martín de Aguilera -Moro MC; Hernández-Orta P; Pina-García R; Blasco-Zoco M.

Hospital Reina Sofía de Tudela

Contacto: mc.martin.deaguilera@cfnavarra.es

Comunicación galardonada con uno de los 5 Premios al Reconocimiento a la Investigación, patrocinados por la Revista Enfermería Dermatológica, en el XII Congreso Nacional.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las Consultas de Enfermería Dermatológica (CEDER) atienden a pacientes procedentes de las consultas médicas del servicio de dermatología tanto con patología crónica, como es el caso de la Psoriasis, como en procesos agudos y quirúrgicos.

Antes de la creación de la CEDER se realizaban actividades de Enfermería delegadas y colaboraciones con el dermatólogo (instrumentación, curas, aplicación y lectura de pruebas de contacto, etc...), sin llegar a desarrollar actividades propias de nuestra profesión.

La evolución a lo largo de estos 10 años de existencia y las prestaciones que poco a poco se han ido introduciendo han sido determinadas por las necesidades que los pacientes nos han ido planteando y por los avances e implantación de las nuevas posibilidades terapéuticas.

El propósito de nuestro trabajo de investigación es ver la evolución de las CEDER en los últimos 10 años.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo y descriptivo de los pacientes que acudieron a la Consulta de Enfermería Dermatológica del Hospital Reina Sofía de Tudela (Navarra), desde los años comprendidos entre el 2002 y el 2012.

RESULTADOS

Presento la actividad de nuestra consulta durante los 10 años de actividad (2002-2012). Se han atendido 12.488 visitas: Curas: 3.737; tratamientos tópicos: 4283; Curetajes: 655; Pruebas Epicutaneas: 430; Inmuno local: 712; Control Psoriasis: 426; tratamientos Biológicos : 113; Control de tratamientos: 532; Terapia Foto dinámica: 462; Maquillaje Corrector: 52; Información telefónica; 969; Infiltraciones : 19; Revisión de historias; 19.

CONCLUSIONES

La puesta en marcha de las CEDER y el incremento de sus prestaciones supone un gran avance en el cuidado integral e individualizado de estos pacientes., ya que una adecuada información de la enfermedad y su tratamiento ayuda a mejorar el cumplimiento y la adhesión terapéutica.

Además se observa una mejora en la relación de confianza Dermatólogo-Enfermera-Paciente y permite a las enfermeras trabajar de manera científica y organizada. De este modo, la Enfermería puede demostrar su capacitación y especialización en el cuidado de la integridad cutánea.

ALOPECIA AREATA TRATADA CON DIFENCIPRONA TÓPICA. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Autores: Hernández-Orta M.P; Martín de Aguilera-Moro M.C.; Pina-García R.; Pérez-Pelegay J.; Rivera-Fuertes I.; Lafuente-Urrez F.

Hospital Reina Sofia de Tudela

Contacto: mp.hernandez.orta@cn Navarra.es

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Alopecia Areata (AA) es una enfermedad dermatológica de carácter autoinmune. Afecta a hombres y mujeres de todas las edades, pero se da más en jóvenes. El estrés y factores emocionales son posibles causas de inicio y exacerbación de la enfermedad y la pérdida de pelo puede ocasionar también preocupación, estrés y disminuir la autoestima de quien la padece.

Su evolución es impredecible y la mayor parte de los pacientes pueden tener recidivas. Los tratamientos pueden durar meses o años y deben individualizarse según la severidad de la afectación, la repercusión en el paciente, la edad... La Difenciprona (DFP) es un potente sensibilizante que aplicado de forma tópica provoca una reacción eczematosa que da lugar a una disminución de la inflamación de origen autoinmune. Es una opción en caso de enfermedad extensa.

OBJETIVOS

- Informar sobre las características de la enfermedad
- Ofrecer atención y cuidados individualizados durante el proceso
- Favorecer la adherencia al tratamiento y detectar efectos secundarios
- Facilitar apoyo emocional y mejorar la calidad de vida del paciente.

METODOLOGÍA

Protocolo de tratamiento con Difenciprona tópica y cuidados enfermeros que se derivan.

Revisión de 6 casos elegidos al azar de pacientes con AA tratados con DFC tópica en nuestra unidad.

RESULTADOS

- De los 6 casos revisados 5 eran hombres y 1 mujer, con una edad media de 38 años.
- Todos ellos han precisado ajustar la concentración de DCP. 1 paciente abandonó el tratamiento por reacción severa y mantenida en la nuca a pesar de bajar dosis y 2 pacientes (con AA total) por presentar recidivas.
- La mujer afecta de AA total está ahora con otros tratamientos y durante el proceso está llevando peluca.
- Actualmente siguen con DFP 3 pacientes con buenos resultados.

CONCLUSIONES

La AA tiene un pronóstico impredecible, con episodios de recuperación y recurrencias. Puede provocar importantes trastornos estéticos y afectar psíquica y emocionalmente al paciente. Las formas extensas suelen precisar de tratamientos variados y prolongados. La aplicación de DFC tópica provoca una dermatitis de contacto alérgica que puede ser molesta para el paciente.

Enfermería puede ofrecer al paciente información y cuidados durante el proceso, favorecer la adherencia a los tratamientos, controlar la posible aparición de efectos adversos y facilitar el apoyo emocional para mejorar su autoestima y calidad de vida.

COMO DESBRIDAR, CONTROLAR LA INFECCIÓN Y PREPARA EL LECHO DE LA LESIÓN CON EL EMPLEO DE UN SOLO APÓSITO

Autores: Giménez-Tebar JL^{1,2}, Wanden-Bergher C³, Alcobér-Pérez J³, Olea-Soto J³, Mas-Pla MJ⁴, Megina-Martín MJ⁵.

1. Responsable de la Unidad Docente e Investigadora sobre Heridas Agudas y Crónicas del Departamento de Salud de Alicante-HGUA.
2. Enfermero de la Unidad de Hospitalización a Domicilio del HGUA.
3. Médico/a de la Unidad de Hospitalización a Domicilio del HGUA.
4. Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).
5. Enfermera de Cuidados Intensivos del HGUA.

Contacto: gimenez_josteb@gva.es

INTRODUCCIÓN

En toda herida crónica, necesitamos un apósito que prepare eficazmente el lecho de la herida en la fase inflamatoria y que reactive la cicatrización en heridas estancadas, es decir, que la aparición de tejidos infectados y necróticos disminuya mientras que la cuota de tejido de granulación se incrementa.

OBJETIVO

1. Eliminar el tejido no viable rápidamente.
2. Preparar el lecho de la lesión para su rápida cicatrización.
3. Disminuir la infección en los tejidos de la herida.

MÉTODO

Se diseñó un estudio observacional prospectivo que duró 22 meses. Para valorar la evolución en la cicatrización de las heridas se utilizó la escala PUSH 3.0. Como criterios de inclusión debían cumplir:

1. Presentar en el apartado de "tipo de tejido", esfaceloso-tejido necrótico, del PUSH 3.0.
2. Poder realizarle curas en nuestra unidad, al menos durante 14 semanas.
3. Aceptar la inclusión en el estudio.

Criterio de exclusión: No aceptar la inclusión en el estudio.

Completaron el estudio 15 pacientes.

RESULTADOS

Todas las lesiones pasaron de un PUSH 3.0 de 3 a 4, en el apartado de "tipo de tejido" a 1-2, en una media de $1 \pm 1,2$ semanas.

La evolución de la cicatrización pasa de un valor de $13 \pm 2,2$ al inicio, a $0 + 0,5$ al final en la escala PUSH 3.0.

Todas las lesiones presentaban al final del estudio cultivo antimicrobiano negativo.

Todas las heridas cicatrizaron en una media de $7 \pm 1,8$ semanas.

CONCLUSIONES

- La apariencia de tejidos infectados y necróticos disminuyó mientras que la cuota de tejido de granulación incrementó.
- Favorece la eliminación de tejidos necróticos a través de un desbridamiento autolítico.
- Cicatrización de las heridas de forma considerable, el PUSH 3.0 pasa de $13 \pm 2,2$ al inicio, a $0-1$ en una media de $7 \pm 1,8$ semanas.

BIBLIOGRAFIA

1. M. Knestele. The treatment of problematic wounds with TenderWet – tried and tested over many years in clinical practice König M; Vanscheidt W; Augustin M; Kapp H Enzymatic versus autolytic debridement of chronic leg ulcers: a

prospective randomised trial.; Journal of wound care, Vol. 14 (7), p: 320-3

2. Zoellner, P. Tenderwet active – Observational Clinical Study with 403 patients, Germany, 2005

COMO TRATAR LESIONES INFECTADAS Y/O CON COLONIZACIÓN CRÍTICA MEDIANTE UNA MALLA DE PLATA METÁLICA

Autores: Gimenez-Tebar JL1,2, Muñoz-Puller P2, Patiño-Muñoz D2, Prieto-Rey MA2, Mas-Pla MJ3, Moreno-Alzamora AE3, Ariño-Lobos V4.

1. Responsable Unidad Docente- Investigadora sobre Heridas Agudas y Crónicas. Dpto. Salud Alicante-HGUA.
2. Enfermero de la Unidad de Hospitalización a Domicilio del HGUA.
3. Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).
4. Enfermera del Servicio de Urgencias del HGUA.

Contacto: gimenez_josteb@gva.es

INTRODUCCIÓN

En heridas con signos clásicos de infección local: eritema de los bordes (color), edema, calor, dolor, mal olor, exudado purulento; y en las que se retrasa su curación debido a la existencia de biofilms bacterianos, es necesario su erradicación para una rápida cicatrización.

OBJETIVO

Los objetivos del presente estudio son valorar la eficacia de la malla de plata metálica impregnada con ácidos grasos en heridas infectadas o/y colonizadas.

MATERIAL Y METODOS

Se diseñó un estudio observacional prospectivo que duró 11 meses.

Como criterios de inclusión debían cumplir:

1. Presentar heridas con signos clásicos de infección local que retrasara su cicatrización.
2. Poder realizarle curas en nuestra unidad, al menos durante 4 semanas.
3. Aceptar la inclusión en el estudio.

Criterio de exclusión:

1. Presentar tratamiento médico antibiótico local, oral o parenteral.

Completaron el estudio 18 pacientes.

RESULTADOS

La retirada de la malla es indolora.

La plata que contiene no tiñe la herida, ni la piel perilesional.

Después de finalizar el tratamiento con la malla de plata metálica impregnada con ácidos grasos el lecho de la herida queda limpio y adecuado para su epitelización.

Al finalizar el estudio, todos los pacientes, presentaban antibiograma negativo.

Se evitó el consumo de antibióticos sistémicos.

CONCLUSIONES

Como conclusión se consiguió eliminar la carga bacteriana en heridas infectadas y colonizadas y respetar el tejido de granulación por su capacidad no adherente dada gracias a la impregnación de pomada de ácidos grasos di- y tri- glicéridos.

Ningún paciente presentó signos, ni síntomas de alergia a la plata.

Se usó menos del 50% de tiempo para la cura que con otros agentes tópicos y se aceleró la cicatrización de las lesiones.

BIBLIOGRAFIA

1. K. Ziegler. R. Görl. J. Effing. J. Ellermann. M. Mappes. S. Otten. H. Kapp. P. Zoellner. D. Spaeth. H. Smola. Reduced Cellular Toxicity of a New Silver-Containing Antimicrobial Dressing and Clinical Performance in Non-Healing Wounds. Skin Pharmacol Physiol 2006;19:140–146
2. Holger Kapp. Treatment of infected and infection-prone wounds with Atrauman Ag. Aktuelle Dermatologie 2005; 31: 561– 565).
3. Holger Kapp. Impregnated primary dressing containing silver promotes healing of wounds and treats the wound margins.

CASO CLÍNICO: TRATAMIENTO CON APÓSITOS BACTERIOSTÁTICOS

Autores: Ferrero-Rodríguez J L, Bayón-Velasco M.L.

Contacto: mluzfeba@gmail.com

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 45 años, indigente, rumano, con domicilio en la calle, acude a urgencias, por la noche, el 19-Junio -2012 por lesiones en cuello, manos y pies. Es remitido a la consulta de Dermatología. Fue visto en este servicio por primera vez al día siguiente. El dermatólogo le pautó vía sistémica Cloxacilina y lo derivó a la consulta de enfermería.

El paciente llega orientado, hidratado, algo desnutrido. Presenta ampollas serohemorrágicas en dorso de pie derecho (dudas sobre posible celulitis). La causa de las ampollas se sospecha que es por quemadura solar y algún componente traumático.

Nuestra actuación fue la siguiente:

Lavado con solución jabonosa con clorhexidina al 4%. Posteriormente se drenaron las flictenas, lecho rojo, contenido serohemático. Se ponen apósitos impregnados de Polihexanida y betaina (solución para el lavado de heridas) 10 minutos en cada lesión.

Ponemos ácidos grasos en el lecho de las quemaduras y alrededor. Encima un apósito bacteriostático y vendaje compresivo en ambas piernas y apósitos oclusivos en el resto. Se realizan curas diarias los primeros días, aplazándolos posteriormente de una manera progresiva. Va evolucionando favorablemente. En una de las curas se aplicó pomada de betametasona /gentamicina.

El apósito bacteriostático utilizado es una esponja que incorpora los pigmentos naturales: azul de metileno y violeta de genciana proporcionando un amplio espectro de protección bacteriostática. Se usa recortándolo a la medida de la lesión. Se moja con suero salino estéril y se cubre con un apósito secundario (en este caso han sido apósitos de gasa) para prevenir el desplazamiento y mantener el grado de humedad. Requiere cambio diario o no dependiendo de que conserve el color azul.

El paciente es dado de alta el día 4-Julio-2012 por resolución de los problemas motivo de la consulta.

ESTUDIO COMPARATIVO IN VITRO DE LA CAPACIDAD DE ABSORCIÓN DE LAS ESPUMAS HIDROPOLIMÉRICAS

Autor: Carbonell – Puig F.

C. A. P. Almussafes

Contacto: ferrancapu@gmail.com

Comunicación galardonada con uno de los 5 Premios al Reconocimiento a la Investigación, patrocinados por la Revista Enfermería Dermatológica, en el XII Congreso Nacional.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En la actualidad existen una gran variedad de apósitos para el tratamiento de las heridas con diversos fines: hidratación, absorción del exudado, evitar la adherencia del tejido de granulación,... y con diferentes momentos terapéuticos.

En el siguiente trabajo se valora y se compara la capacidad de absorción, tanto por expansión libre como bajo presión estándar de 40 mmHg, del grupo de apósitos de espumas hidropoliméricas.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio in vitro siguiendo el protocolo marcado por la norma UNE- EN13726: *Métodos de ensayo para apósitos primarios*. Se han seleccionado catorce tipos de espumas hidropoliméricas de las diferentes casas comerciales, con el fin de compararlas entre sí.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en las sucesivas mediciones y siguiendo el protocolo establecido nos muestran como el apósito con mejores resultados en las dos situaciones propuestas es el Biatin Contact®, tanto en cantidad total de exudado como en su relación superficie y peso del apósito. También los apósitos Mepilex Border®, por expansión libre, y Tielle Extra® bajo presión, obtienen buenos resultados en cuanto a cantidad absorbida. Destaca en cuanto a la relación de la capacidad de absorción con el peso del apósito el Askina Foam.

CONCLUSIONES

A pesar de las limitaciones que presentan los estudios in vitro, los resultados obtenidos junto con la bibliografía existente, ayudarán a los profesionales en la elección del mejor apósito según las heridas a tratar.

PROTEGER TALONES Y MALEOLOS CON UN SOLO APÓSITO DE FORMA ANATÓMICA

Autores: Giménez-Tebar JL^{1,2}, Muñoz-Puller, P², Patiño-Muñoz D², Prieto-Rey MA², Mas-Pla MJ³, Moreno-Alzamora AE³, Ariño-Lobos V⁴.

1. Responsable de la Unidad Docente e Investigadora sobre Heridas Agudas y Crónicas del Departamento de Salud de Alicante-HGUA.
2. Enfermero de la Unidad de Hospitalización a Domicilio del HGUA.
3. Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).
4. Enfermera del Servicio de Urgencias del HGUA.

Contacto: gimenez_josteb@gva.es

INTRODUCCIÓN

Cada vez más, las unidades de hospitalización nos encontramos con pacientes, cuyo riesgo de padecer una úlcera por presión (UPP), es más elevado. Esto nos obliga a adaptar nuestros cuidados de enfermería de una manera individualizada y a dotarnos de unos medios más adecuados para afrontar estos nuevos retos, en definitiva a innovar en nuestra profesión de enfermería.

OBJETIVO

Los objetivos del presente estudio son valorar la eficacia del uso de un apósito hidrocelular en la prevención y el tratamiento de las UPP en talones.

MATERIAL Y MÉTODO

Se seleccionó un apósito hidrocelular en forma de talonera, que además del talón cubría ambos maleolos completamente. También disponía de una cinta para la sujeción del apósito.

Se diseñó un estudio observacional prospectivo que duró 9 meses.

Como criterios de inclusión debían cumplir:

1. Presentar riesgo de UPP en ambos talones. Puntuación en la escala de Braden inferior a 18 puntos.
2. Tener UPP en talones en estadio I o II.
3. Aceptar la inclusión en el estudio.

Criterio de exclusión: Presentar UPP en talones en estadio III o IV.

Completaron el estudio 48 pacientes, que fueron observados durante una media de 8 semanas. A todos ellos se les aplicaron ácidos grasos hiperoxigenados 3 veces al día, y cambios posturales.

Al inicio del estudio, los pacientes que presentaban UPP, estaban en estadio I: 18 pacientes, y en estadio II: 8 pacientes.

RESULTADOS

- Ningún paciente presentó nuevas UPP en el talón durante su permanencia en la UHD.
- Los pacientes de estadio I mejoraron en sus condiciones iniciales al ingreso en la unidad, y no presentaron solución de la integridad cutánea.
- Y en los pacientes de estadio II, sus lesiones cicatrizaron favorablemente.

CONCLUSIONES

1. La talonera absorbe el exudado no deseado y restos celulares, reduce por tanto la maceración en caso de solución de la integridad cutánea.
2. Promueve la cicatrización de la lesión.
3. Puede retirarse y colocarse sin perder las propiedades de alivio de la presión, en múltiples ocasiones.
4. Fácilmente adaptable al talón y a ambos maleolos y su cinta de sujeción hace que no se desplace, por lo que no es necesario vendaje ni otro tipo de sujeciones.
5. Contribuye al protocolo de reducción de la presión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Verdú Soriano J, López Casanova P, Fuentes Pagés G, Torra i Bou JE. Prevención de UPP en talones: impacto clínico y económico en una unidad de medicina interna. Revista ROL de Enfermería 2004;27(9).
2. Torra i Bou JE, et al. Úlceras por presión en los talones: Estudio comparativo entre el vendaje protector de talones y un apósito hidrocelular con forma especial para los talones. Revista ROL de Enfermería 2002;25(5).

LA PIEL PERILESIONAL. COMO PROTEGERLA

Autores: Giménez-Tebar JL^(1,2), García-Parra A⁽²⁾, Mas-Pla MJ⁽³⁾, González-Antón JR⁽⁴⁾, Pérez-Cascales ML⁽⁵⁾, Segura-Martínez⁽⁵⁾.

1. Responsable de la Unidad Docente e Investigadora sobre Heridas Agudas y Crónicas del Departamento de Salud de Alicante-HGUA.
2. Enfermero de la Unidad de Hospitalización a Domicilio del HGUA.
3. Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).
4. Enfermero de Urgencias del Hospital de Villajoyosa.
5. Enfermera. Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria.

Contacto: gimenez_josteb@gva.es

INTRODUCCIÓN

Siempre que tratamos una lesión, nos centramos solo en ella, olvidando la piel que la rodea. La piel perilesional necesita cuidados, ya que puede ser una herida futura, sino se trata adecuadamente.

¿Cuántas veces tenemos que cambiar el tratamiento de una úlcera por haber dañado la piel perilesional?

La piel perilesional no es sólo una variable, sino es una pieza fundamental para la correcta evaluación de la situación de una lesión y por consiguiente para su futuro tratamiento y curación.

OBJETIVO

El objetivo del presente estudio son valorar la eficacia del uso de un apósito absorbente con microadherencia selectiva de Silicona para la piel perilesional.

MATERIAL Y MÉTODO

Se pautaron curas cada 48 o 72 horas, según evolución de la lesión y de la cantidad de exudado de esta, hasta su total curación.

Y no usar en lesiones infectadas.

RESULTADOS

1. Mujer 84 años: A los 2 meses la lesión estaba prácticamente cerrada.
2. Mujer 78 años: Al cabo de 14 días la lesión esta curada.
3. Mujer 74 años, presenta una úlcera por presión en el talón derecho. Al cabo de 32 días la lesión esta curada.
4. Mujer 75 años, presenta una pérdida de la solución cutánea en mano derecha. Al cabo de 16 días la lesión esta curada.
5. Mujer 81 años, presenta una pérdida de la solución cutánea en pierna derecha. Tras 2 meses de curas con múltiples productos, y observando la maceración de la piel perilesional se opta por aplicarle un ASP. Al cabo de 26 días la lesión esta curada.

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN

1. No se adhiere, o daña la superficie de la lesión.
2. Se adhiere y protege suavemente la piel de alrededor.
3. Es fácil de aplicar y fácil de retirar.
4. Puede levantarse sin perder sus propiedades de microadherencia.
5. A todo paciente anamnesis previa en busca de problemas de alergias de contacto en relación con productos de curas.
6. Tenga en cuenta la piel perilesional a la hora de elegir el apósito más adecuado para la herida.
7. Pautar el cambio del apósito en función del estado de la piel perilesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gago M, García RF, Rueda J, Muñoz AM, Gaztelu V, Vega J. La maceración. Un problema en la piel perilesional de úlceras por presión y heridas crónicas. *Metas de Enferm* 2004;7(4): 18-22.
2. Zillmer R, Karlsmark T, Sjögren MS, Gottrup F. Biophysical effects of repetitive removal of adhesive dressings on the skin surrounding ulcers. *J Wound Care* 2006; 15(5): 1-5.
3. WUWHS. Principles of best practice. Minimising pain at dressing-related procedures. A consensus document. London: MEP Ltd 2004.
4. EWMA. Position document. Pain at wound dressing changes. London: MEP Ltd, 2002.

DERMATITIS ATÓPICA: INFORMACIÓN Y CONSEJOS

Autores: Olmo-Conesa MC, Moreno-Martínez MT, Olmo-Conesa JM, Prados-Ríos A, Navarro-Micol V, Sánchez-Alemán E

Servicio Murciano de Salud

Contacto: mari_c_o@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica y recurrente de la piel, de mecanismo inmunológico y,

como consecuencia de reacciones de hipersensibilidad a antígenos variados se liberan factores inflamatorios, que producen en la piel lesiones de eccema. Los antígenos pueden ser alimentos, neuroalérgicos y proteínas bacterianas. Las lesiones eccematosas están constituidas por: espongiosis, edema y microvesículas, esto produce prurito, irritación cutánea, rascado y lesiones inflamatorias simétricas, de aspecto y localización variable según la edad y la ubicación de la enfermedad. Con frecuencia suele asociarse a asma, rinitis y alergia alimentaria. Dicha enfermedad presenta tres estadios: agudo, subagudo y crónico. Los factores de provocación de la dermatitis atópica son: factores emocionales, hormonales, estacionales y climáticos, irritantes, infecciones, alimentos, alérgenos ambientales e irritantes de contacto.

OBJETIVOS

Los objetivos que nos planteamos son: aclaración de conceptos e información básica sobre la enfermedad al paciente mediante la realización de un tríptico y fomentar la importancia de un adecuado cuidado de la piel para evitar lesiones y posibles complicaciones.

METODOLOGÍA

El método usado para realizar este trabajo ha sido la revisión bibliográfica, búsqueda de información y la experiencia personal y laboral. El material que hemos utilizado ha sido un tríptico informativo que se ha entregado a un total de 22 pacientes diagnosticados pertenecientes a un mismo cupo médico del centro de salud de Torre-Pacheco.

RESULTADOS

Para comprobar si los resultados obtenidos ha sido favorables citamos a los pacientes al mes de la entrega del tríptico. Las medidas terapéuticas son generales y rara vez puede requerir hospitalización, no existe cura pero ciertas medidas pueden resultar beneficiosas como son: evitar la temperatura excesiva, humedad escasa o contacto con tejidos como seda o lana, la exposición al sol, evitar el consumo de alimentos estimulantes pues pueden favorecer el prurito, evitar el rascado de lesiones, en las zonas lesionadas, utilizar tejidos que sean transpirables, que el baño sea con agua templada durante unos 20 minutos, con un jabón de pH ligeramente ácido y la adición de sustancias emolientes como la avena, secar la piel sin frotar y el uso de fármacos como los corticoides e inmunosupresores que se han mostrado eficaces para eliminar los síntomas de la crisis.

CONCLUSIONES

Las conclusiones que se deducen son que el tríptico entregado ha transmitido la suficiente información para mejorar la calidad de vida del paciente y que el propio paciente toma consciencia de la importancia de un adecuado cuidado de la piel para evitar complicaciones.

GUÍA INFORMATIVA PARA PACIENTES CON ECZEMA EN LAS MANOS

Autores: Sierra-Talamantes C, Zaragoza-Ninet V, Fornés-Pujalte B, Díez-Fornés P, Palomar-Llatas F.

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Servicio de Dermatología.

Área de la Piel

Contacto: malacu@ono.com

INTRODUCCIÓN

El eccema en las manos agrupa una serie de manifestaciones inflamatorias, de gran impacto psicológico, de etiología muy variada y compleja, cuya prevalencia se sitúa en torno al 10% de la población. Las causas pueden ser endógenas o exógenas, aunque en muchas ocasiones es una mezcla de varios factores. La morfología clínica y el patrón de distribución son muy variados, lo que dificulta el diagnóstico.

OBJETIVO

Elaborar un folleto informativo dirigido a pacientes con eczema crónico en las manos, con la finalidad de reforzar las instrucciones proporcionadas en la consulta y facilitar la adherencia al tratamiento y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

MÉTODO

Para la elaboración del folleto nos hemos basado en la revisión de la literatura más relevante dirigida hacia la educación y la prevención de esta patología. La elección de las recomendaciones se ha realizado mediante un grupo de discusión multidisciplinar.

RESULTADOS

Hemos elaborado un folleto informativo con tres apartados principales dirigidos a la protección, higiene e hidratación de las manos. Cada apartado principal está constituido por varias recomendaciones dirigidas al cuidado y prevención del eczema de las manos.

CONCLUSIONES

Los folletos informativos son un elemento útil para reforzar la adherencia al tratamiento y colaborar en la educación del paciente para facilitar la prevención.

QUEMADURA SUPERFICIAL CON CERA CALIENTE. TRATAMIENTO CON APÓSITO PRIMARIO ÚNICO

Autores: S. Álvarez Millán¹; A.M. Ramírez Pizano²; F. García Collado³; C. Rivera Fernández³; M. García Murillo³; E.M. Franco García³;

1. Coordinador de Cuidados U.G.C San Juan Aznalfarache (Sevilla).
2. Enfermera U.G.C Cirugía General y Digestiva Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).
3. Enfermero de Familia U.G.C San Juan Aznalfarache (Sevilla).

Contacto: sergioalvarezmillan@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Mujer de 34 años sin patología alguna conocida, que acude a urgencias de Atención Primaria con **Quemadura Dérmica Superficial** (2º grado superficial), de etiología térmica (cera caliente depilatoria) de 24 horas de evolución, ocasionando una flictena de aproximadamente 4 x 6 cm. en zona tibial inferior de la pierna derecha.

Palabras Claves: quemadura dérmica, flictena, exeresis, Hidrofibra Ag

OBJETIVOS

Mediante la pauta de actuación elegida, intentaremos demostrar su efectividad consiguiendo su cicatrización completa utilizando como **ÚNICO apósito primario la Hidrofibra hidrocoloide con plata, AQUACEL AG ®**, durante los **ONCE días que dura el proceso**.

METODOLOGÍA y RESULTADOS

Tras lavado y desinfección de la zona, se lleva a cabo la exéresis de la flictena. A continuación se aplica apósito de Hidrofibra Ag sobre el lecho de la lesión, sobresaliendo éste unos 2 cm sobre el contorno de la misma; seguidamente cubriremos éste con apósito tradicional secundario (gasas y esparadrapo).

Inicialmente, revisamos la lesión a las 48 horas (**día 2**) para visualizar el aspecto de la misma y la saturación del apósito, sin retirar el mismo del lecho en todo el proceso; ante el aspecto presentado, programamos siguiente revisión pasadas 72 horas (**día 5**) y así hasta su finalización (**día 8 y 11**), consiguiéndose un excelente resultado: **cicatrización y epitelización total de la lesión en 11 días**.

CONCLUSIÓN

La elección de esta pauta de actuación con la utilización de la Hidrofibra Ag (AQUACEL AG ®), ha reducido el DOLOR de la pa-

ciente desde la aplicación de la misma. Hemos disminuido el RIESGO DE INFECCIÓN de la lesión, ya que han sido necesaria exclusivamente cinco actos de cura, con menor manipulación de la misma que con el apósito tradicional. Por último significar el menor número de curas realizadas, así como el número de apósito utilizado y sus costes asociados. Los aspectos relacionados con el aumento de calidad de vida del paciente y disminución de los actos de cura durante todo el proceso proporcionan a este tratamiento unas cualidades a tener en cuenta en comparación con las que ofrecen otros más convencionales.

FLICTEA SECUNDARIA A QUEMADURA TÉRMICA. ABORDAJE TERAPÉUTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: F. García Collado³; S. Álvarez Millán¹; A.M. Ramírez Pizano²; M.C. Rivera Fernández³; E. Franco García³; M. García Murillo³

1. Coordinador de Cuidados U.G.C San Juan Aznalfarache (Sevilla).
2. Enfermera U.G.C Cirugía General y Digestiva Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).
3. Enfermero de Familia U.G.C San Juan Aznalfarache (Sevilla).

Contacto: sergioalvarezmillan@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Mujer de 89 años, Diabética, Cardiópata, Hipertensa (pluripatológica) y polimedicada, que acude a urgencias de Atención Primaria con **Quemadura Dérmica Superficial** (segundo grado superficial), de etiología térmica (producido por el calor indirecto de calefactor de aire) presentando flictena de aproximadamente 9 x 6 cm bajo meseta tibial del miembro inferior izquierdo.

Palabras Claves: quemadura dérmica, flictena, exéresis, pluripatológica, Hidrofibra Ag.

OBJETIVOS

Mediante la pauta de actuación elegida, trataremos de **conseguir la CICATRIZACIÓN COMPLETA utilizando como ÚNICO apósito primario la Hidrofibra Hidrocoloide con Plata: AQUACEL AG ®**.

METODOLOGÍA y RESULTADOS

Tras llevarse a cabo la exeresis de la flictena, previo lavado y desinfección de la zona, se aplica apósito de Hidrofibra Ag sobre el lecho de la lesión, sobresaliendo éste sobre el contorno de la misma; cubriremos con apósito tradicional secundario (gasas y esparadrapo).

Inicialmente revisamos la lesión a las 48 horas (**día 2**) para visualizar el aspecto de la misma y la saturación del apósito (sin retirar el mismo del lecho durante todo el proceso). Tras comprobar la saturación casi completa del mismo, aplicamos nueva capa de Hidrofibra sobre el apósito primario y programamos siguiente revisión pasadas 48 horas (**día 4 y 6**). A continuación se revisa cada 48-72 horas (**día 8 y 11**) hasta su resolución, consiguiéndose un excelente resultado: **cicatrización y epitelización total de la lesión en 11 días**.

CONCLUSIÓN

Pauta de actuación muy beneficiosa para la paciente: se ha reducido de manera considerable el riesgo de infección ya que han sido necesarias tan sólo 6 actos de cura, lo que ha conllevado menor manipulación que con otros métodos de cura tradicional.

Desde el comienzo del proceso y tras la aplicación de la Hidrofibra Ag (AQUACEL AG®), la paciente apenas refiere dolor, incluso durante el acto de la cura, aumentando así su CALIDAD DE VIDA.

La lesión ha cicatrizado en un corto espacio de tiempo, necesitando tan sólo 6 actos asistenciales, por lo se han disminuido los tiempos de enfermería y se han reducido los gastos asociados.

QUEMADURA DE 2º GRADO SUPERFICIAL TRATADA CON CARBOXIMETILCELULOSA PLATA (AQUACEL AG®), EN NIÑA DE 15 MESES

Autores: S. Álvarez Millán¹; F. García Collado³; C. Rivera Fernández³; A.M. Ramírez Pizano²; M. García Murillo³; E.M. Franco García ;

1. Coordinador de Cuidados U.G.C San Juan Aznalfarache (Sevilla).
2. Enfermera U.G.C Cirugía General y Digestiva Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).
3. Enfermero de Familia U.G.C San Juan Aznalfarache (Sevilla).

Contacto: sergioalvarezmillan@gmail.com

Premio Compartido a la Mejor Comunicación PÓSTER en el XII Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica.

INTRODUCCIÓN

Niña de 15 meses que acude a urgencias de Atención Primaria con **Quemadura Dérmica Superficial** (2º grado superficial) de etiología térmica reciente (por contacto con menaje de cocina en uso), ocasionándole una flictena de aproximadamente 9 x 5 cm. con rotura parcial espontánea, en zona posterior de pantorrilla izquierda.

Palabras Claves: quemadura dérmica, flictena, exéresis, Hidrofibra Ag.

OBJETIVOS

Mediante la pauta terapéutica utilizada, demostraremos su efectividad consiguiendo su cicatrización completa utilizando como **UNICO apósito primario la Hidrofibra hidrocoloide con plata, AQUACEL AG®, durante los 13 días que dura el proceso.**

METODOLOGÍA y RESULTADOS

Tras lavado y desinfección de la zona se realiza extirpación completa de la flictena y de todos sus restos. A continuación se aplica apósito de Hidrofibra Ag sobre el lecho de la lesión, sobresaliendo éste unos 2 cm. sobre el contorno de la misma; cubriremos éste con apósito tradicional secundario (gasas y esparadráp).

Inicialmente, revisamos la lesión a las 48 horas (**día 2**) para visualizar el aspecto de la misma y la saturación del apósito (sin retirar el mismo del lecho en todo el proceso); ante el aspecto presentado, programamos siguiente revisión pasadas 72 horas (**día 5 y 8**) y así hasta su finalización (**día 10 Y 13**) consiguiéndose un excelente resultado: **cicatrización y epitelización total de la lesión en 13 días.**

CONCLUSIÓN

La elección de esta pauta de actuación ha sido muy beneficiosa para la pequeña, por haber reducido de manera considerable la necesidad de manipulación de la lesión, teniendo en cuenta la dificultad que conlleva el acto de la cura en paciente que no obedece a órdenes prestadas. Por último, la lesión ha cicatrizado tras seis actos asistenciales, libres de intranquilidad y dolor, al no tener que manipular el lecho lesional por mantener el mismo apósito de Hidrofibra Ag durante todo el proceso de curación.

ABORDAJE TERAPÉUTICO DE QUEMADURA DÉRMICA SUPERFICIAL EN MANO DERECHA PRODUCIDA POR LÍQUIDO CALIENTE

Autores: F. García Collado³; S. Álvarez Millán¹; M.C. Rivera Fernández³; A.M. Ramírez Pizano²; E. Franco García³; M. García Murillo³;

1. Coordinador de Cuidados U.G.C San Juan Aznalfarache (Sevilla).

2. Enfermera U.G.C Cirugía General y Digestiva Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).
3. Enfermero de Familia U.G.C San Juan Aznalfarache (Sevilla).

Contacto: sergioalvarezmillan@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Mujer de 36 años que acude a consulta programada tras ser remitida desde urgencias de AP donde fue valorada y curada 24 horas antes por acudir con **Quemadura Dérmica Superficial** por escaldadura en dorso de mano derecha, zona adyacente a intervención quirúrgica de Ganglión 4 días antes. A su llegada a urgencias, presentaba restos de flictena de aproximadamente 6 x 4 cm. rota de manera espontánea, siendo extirpados sus restos de manera aséptica y curada con gasa vaselinada en primera instancia.

Palabras Claves: quemadura dérmica, flictena, exéresis, Hidrofibra Ag.

OBJETIVOS

Mediante el tratamiento de elección demostraremos su efectividad consiguiendo su cicatrización completa utilizando como **UNICO apósito primario la Hidrofibra hidrocoloide con plata, AQUACEL AG®, los 11 días que dura el proceso.**

METODOLOGÍA y RESULTADOS

Se retira la gasa vaselinada no adherente (**LINITUL®**) colocada en urgencias 24 horas antes y tras lavado y desinfección de la zona, se aplica apósito de Hidrofibra Ag sobre el lecho de la lesión, sobresaliendo éste sobre el contorno de la misma; cubriremos éste con apósito tradicional secundario.

Inicialmente revisamos la lesión a las 48 horas (**día 2**) para visualizar el aspecto de la misma y la saturación del apósito; tras comprobar la saturación del mismo, recortaremos todo el apósito sobrante no saturado. A continuación y debido a la zona de movilidad de la mano donde se encuentra situada la lesión, humedecemos el apósito primario con suero salino para evitar retracciones. Aplicaremos nueva capa de Hidrofibra sobre el apósito primario y programamos siguiente revisión pasadas 96 horas (**día 6**). Revisamos de nuevo a las 72 horas, desprendiéndose el apósito primario completamente (**día 9**). Se consigue un excelente resultado: **cicatrización y epitelización total de la lesión en 11 días.**

CONCLUSIÓN

La elección de esta pauta terapéutica, a priori, ha reducido de manera considerable el riesgo de infección, ya que han sido necesarias tan sólo 5 actos de curas, no siendo la totalidad de los mismos necesarios en cuanto a la realización de alguna intervención, sino más bien enfocados a la observación del caso y al comportamiento del apósito.

QUEMADURA 2º GRADO SUPERFICIAL EN PACIENTE DE 90 AÑOS. UTILIZACIÓN DE APÓSITO DE PLATA PARA EVITAR COMPLICACIONES

Autores: F. García Collado³; S. Álvarez Millán¹; A.M. Ramírez Pizano²; M.C. Rivera Fernández³; E. Franco García³; M. García Murillo³

1. Coordinador de Cuidados U.G.C San Juan Aznalfarache (Sevilla).
2. Enfermera U.G.C Cirugía General y Digestiva Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).
3. Enfermero de Familia U.G.C San Juan Aznalfarache (Sevilla).

Contacto: sergioalvarezmillan@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Mujer de 90 años, pluripatológica y polimedicada, que acude a urgencias de Atención Primaria con **Quemadura Dérmica Superficial** de etiología térmica por escaldadura de más de 72 ho-

ras de evolución, presentando lesión de aproximadamente 10 x 6 cm. en tercio distal del miembro inferior izquierdo; autocuidados en domicilio con aplicaciones de Clorhexidina al 1%.

Palabras Claves: quemadura dérmica, flictena, exéresis, pluri-patológica, Hidrofibra Ag

OBJETIVOS

Intentaremos conseguir la cicatrización de la lesión utilizando como **ÚNICO apósito primario la Hidrofibra hidrocoloide con plata, AQUACEL AG®**, en paciente de edad avanzada y portadora de patologías varias durante **los 11 días que dura el proceso**.

METODOLOGÍA y RESULTADOS

Tras lavado y desinfección de la zona, se aplica apósito de Hidrofibra Ag sobre el lecho de la lesión, sobresaliendo éste sobre el contorno de la misma; cubriremos con apósito tradicional secundario (gasas y esparadrapo).

Inicialmente revisamos la lesión a las 48 horas (**día 2**) para visualizar el aspecto de la misma y la saturación del apósito (sin retirar la Hidrofibra del lecho durante todo el proceso); tras comprobar la saturación casi completa del mismo aplicamos nueva capa de Hidrofibra sobre el apósito primario y programamos siguiente revisión pasadas 72 horas (**día 5**). A continuación se revisa cada 48 horas (**día 7 y 9**) hasta su resolución, consiguiéndose un excelente resultado: **cicatrización y epitelización total de la lesión en 11 días**.

CONCLUSIÓN

Con la aplicación de la Hidrofibra Ag (AQUACEL AG®) hemos reducido el **dolor** de la paciente desde el principio. Igualmente hemos disminuido el **riesgo de infección**, debido al menor número de curas realizadas y mínima manipulación de la lesión. Los aspectos relacionados con el aumento de calidad de vida del paciente y disminución de los actos de cura durante todo el proceso proporcionan a este tratamiento unas cualidades a tener en cuenta en comparación con las que ofrecen otros tratamientos más convencionales.

CARCINOMA EPIDERMOIDE EN EPIDERMOLISIS AMPOLLOSA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Autores: Begoña Fornes Pujalte, Federico Palomar, Inma Sierra, Paula Díez.

Unidad de Enfermería Dermatológica, úlceras y heridas. Hospital General Universitario de Valencia

Contacto: carlos_bego@caatvalencia.es

INTRODUCCIÓN

La Epidermolisis Ampollosa (EA) es un grupo heterogéneo poco común de trastornos hereditarios, caracterizados por la fragilidad de la piel y las mucosas.

Los pacientes con EA pueden tener mayor riesgo de contraer cáncer de células escamosas de la piel.

La EA Juntural y EA Distrófica (EAD) son los tipos que tienen más riesgo asociado de sufrir un carcinoma cutáneo.

OBJETIVO

Alertar al profesional de salud que trata a pacientes con EA de los signos y síntomas que pueden contribuir al diagnóstico precoz de una lesión cutánea tumoral.

CASO CLÍNICO

Se presenta tres casos de carcinoma epidermoide en pacientes con epidermolisis ampollosa distrófica recesiva.

DISCUSIÓN

El carcinoma de células escamosas se presenta como una complicación de la EBD. En la EAD los carcinomas epidermoides suelen asentar en zonas distales y sobre prominencias óseas, sobre todo en zona pretibial. Se presentan como úlceras muy dolorosas.

El profesional de enfermería, dentro del equipo multidisciplinar que atiende a estos pacientes, debe de tener presente y reconocer de forma precoz esta complicación, siendo la detección de un cáncer de piel uno de los objetivos de seguimiento en las curas de estos pacientes.