

# COMUNICACIONES PÓSTER DEL XIII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA

## CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN ANCIANA DE VALENCIA EN LOS CUIDADOS DE LA PIEL

**Autores:** Castellano-Rioja E<sup>(1)</sup>, Fornes-Pujalte B<sup>(2)</sup>, Sierra-Talamantes C<sup>(2)</sup>, Benlloch-Peinado M<sup>(1)</sup>.

1) Facultad de Enfermería. Universidad Católica de Valencia

2) Unidad Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

**Contacto:** [martabenlloch9@gmail.com](mailto:martabenlloch9@gmail.com)

### INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es el resultado de un conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo. El órgano que evidencia claramente esta acción, es la piel. En ella se origina cambios endógenos y exógenos progresivos e irreversibles. La piel del anciano adquiere unas características y un aspecto denominado "piel senil" con modificaciones a nivel funcional, afectándose a nivel inmunológico y sensitivo, en la termorregulación, entre otros.

### OBJETIVOS

Analizar el conocimiento que tiene la población anciana de Valencia sobre los cuidados específicos de su piel contemplando diversas dimensiones: hidratación, fotoprotección, nutrición, regeneración celular y fomento de hábitos saludables. Siendo objetivo específico conocer las interrelaciones de las diferentes variables del estudio que puedan repercutir directa o indirectamente sobre la piel.

### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de corte transversal, utilizando para la recogida de los datos un cuestionario autocumplimentado. Los resultados se procesaron mediante el programa estadístico SPSS 22 con un análisis descriptivo y de inferencia estadística.

### RESULTADOS

Se contó con un total de 384 participantes que cumplían una serie de criterios de inclusión. (H/M 0,64:1, edad media de 75,85 ± 7,32 años). Entre los datos más relevantes encontramos que el 70,1% de los participantes tenía al menos una enfermedad crónica, el 64,1% no habían recibido información de cómo cuidar la piel y los hábitos de higiene, hidratación o fotoprotección eran deficientes. En cuanto a la alimentación la mayoría no alcanzaba los requerimientos mínimos según la edad o sexo. Todos estos datos sirvieron para perfilar como es el cuidado de la población estudiada.

### CONCLUSIONES

Pocas publicaciones e investigaciones van dirigidas a los cuidados especiales que requiere la piel senil, tampoco reúnen diversos elementos relacionados con el cuidado de la misma. Nuestros resultados permiten conocer el nivel de información que tiene esta población, aborda dis-

tintas áreas y dimensiones todas ellas relacionadas con el cuidado de la piel. Este hecho abre la posibilidad de futuras líneas de investigación encaminadas a reforzar todas estas debilidades mediante la educación, promoción y prevención de la salud en esta área.

## USO DE DIFENCIPRONA EN ALOPECIA AREATA. REVISIÓN SISTEMÁTICA

**Autores:** Santiago-Valladolid MC, Sempau-Díaz del Río L, Soto-Cámara R, Santamaría-Francés M, García-Alonso E, Pérez-Martínez N.

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Burgos.

**Contacto:** [celestesant@yahoo.es](mailto:celestesant@yahoo.es)

### RESUMEN

**Objetivos:** Analizar la mejor evidencia científica disponible para la aplicación de difenciprona por el profesional de enfermería en pacientes con alopecias areatas. **Específicos:** Identificar los problemas biopsicosociales que conlleva. Describir la actuación de enfermería en estos pacientes.

### METODOLOGÍA

En la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consultando la versión electrónica de las bases de datos BVS, CINAHL, CUIDEN, IBECS, IME, LILACS, MEDLINE, PUBMED, SciELO, COCHRANE y JBI, publicadas hasta mayo de 2015; empleando los descriptores en ciencias de la salud (Decs: alopecia areata, difenciprona), y los medical subjects headings (MeSH: alopecia areata, diphencyprone); como operador booleano se utilizó AND. Criterios de inclusión: se seleccionaron todos los trabajos cuyo diseño metodológico fuese metaanálisis, ensayo clínico controlado aleatorizado ó no, revisión sistemática, estudio descriptivo, artículos publicados en castellano o inglés, publicados hasta junio de 2015. Criterios de exclusión: artículos publicados antes de 2010, que carezcan de evidencia científica o sean dudosa naturaleza, publicados en un idioma distinto al castellano o inglés y artículos sin acceso al texto completo.

### RESULTADOS

Las técnicas actuales no eliminan la alopecia areata, pero pueden estimular a los folículos pilosos para que produzcan cabello. Hemos encontrado bastante escasez de bibliografía concluyente: distintos artículos originales, casos clínicos, series de casos, una revisión sistemática, un estudio de casos-controles y un metaanálisis; lo que genera una imperiosa necesidad de realizar estudios grandes que evalúen los efectos de las terapias y tratamientos a largo plazo sobre los pacientes afectados de alopecia areata.

## CONCLUSIONES

Hoy por hoy, la alopecia areata no tiene cura. El plan de cuidados será individualizado según la edad del paciente, la extensión en el cuero cabelludo, el tiempo de evolución y las posibilidades terapéuticas.

## CREPITACIÓN SUBCUTÁNEA TRAS CRIOTERAPIA

**Autores:** Santiago-Valladolid MC, Sempau-Díaz del Río L, Soto-Cámara R, Santamaría-Francés M, Peña-Sola C, Esteban-Manjón I.

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Burgos.

Contacto: [celestesant@yahoo.es](mailto:celestesant@yahoo.es)

## RESUMEN

Introducción: Ya en la antigüedad, los egipcios utilizaban el frío conociendo su efecto analgésico y antiinflamatorio. Pero no fue hasta después de la Segunda Guerra Mundial, cuando se dispuso comercialmente del nitrógeno líquido (-196°C). Una nueva era para el tratamiento por congelación surgió de la mano de un médico, Irving Cooper, y un ingeniero, Arnold Lee, quienes construyeron una sonda prototipo que posteriormente sería la base de los diferentes aparatos de crioterapia. Las indicaciones de la crioterapia en dermatología son múltiples y variadas, se usa tanto en lesiones precancerígenas y cancerígenas, como en lesiones benignas.

## OBJETIVOS

Identificar posibles complicaciones. Prevenir la infección. Tranquilizar al paciente durante todo el proceso.

## METODOLOGÍA

Se presenta el caso de una mujer de 86 años que consulta por lesiones descamativas en cara, antebrazos y manos. Después de lavar con suero fisiológico y curetear las lesiones más hiperqueratósicas, se procede a la aplicación de crioterapia con spray pulverizador según protocolo. Al iniciar el primer ciclo en la lesión actínica en cola de ceja derecha (región temporal), instantáneamente se produce una brusca y repentina hinchazón del párpado superior derecho. A la palpación se aprecia una sensación de crepitación a medida que empujamos el gas a través del tejido subcutáneo. El enfisema duró aproximadamente una semana, tiempo en el cual la paciente tan solo refirió dificultad para la apertura palpebral.

## RESULTADOS

A través de la observación, exploración física y una correcta entrevista, realizamos la valoración a partir de las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson. El Plan de Cuidados se llevó a cabo según las taxonomías NANDA-NIC-NOC.

## CONCLUSIONES

Las principales complicaciones de la crioterapia son el dolor, las ampollas y las hipopigmentaciones residuales. Más raro, pero no por eso menos importante, es la aparición de enfisema subcutáneo. En todo caso, por los leves

problemas que ocasiona y por su alta eficacia, la crioterapia sigue siendo una técnica sencilla muy utilizada en dermatología.

## MANEJO DE UNA ULCERA POR PRESIÓN EN ACROMION, CON PIEL PERIULCERAL EN RIESGO, MEDIANTE UN APÓSITO ATRAUMÁTICO DE SILICONA

**Autores:** Esteiro-Ramos P, García-Baña R, Canosa-Gándara V, Fernández-Fernández L.

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Burgos.

Contacto: [celestesant@yahoo.es](mailto:celestesant@yahoo.es)

## RESUMEN

Introducción: Las úlceras por presión (UPP) pueden aparecer en cualquier zona corporal. La localización dependerá de la posición que el paciente adopte durante un tiempo prolongado. Según el 4º Estudio Nacional de Prevalencia de UPP en España, la localización más frecuente de UPP, en todos los niveles asistenciales, se sitúa en sacro/coxis en el 30,7% de los casos, mientras que en el omóplato en torno al 1,1%. Se presenta un caso de UPP en acromion, con piel periulceral frágil e inflamada, donde el apósito de silicona supone una alternativa eficaz para la protección de la piel, manejo de la cura en ambiente húmedo (CAH) y correcta adaptación a la prominencia.

## OBJETIVOS

Control de la presión y cizalla. Manejo del lecho ulceral mediante los principios de preparación del lecho de la herida y cura en ambiente húmedo (CAH). Cuidado y protección de la piel periulceral. Mejorar estado nutricional.

## METODOLOGÍA

Hemos realizado un abordaje integral de la paciente mediante: una evaluación del estado nutricional con suplementación hiperproteica, educación a los cuidadores en materia de cambios posturales, superficies de alivio y redistribución de la presión y aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados y realización de CAH de las diferentes UPP. La CAH en la UPP del hombro, inicialmente, la hemos realizado con apósito hidrocoloide con plata, desbridamientos y apósito adhesivo de espuma con silicona. Posteriormente al persistir signos de colonización crítica se administra antibioterapia guiada por antibiograma y continuamos con apósito adhesivo de silicona.

## RESULTADOS

Con el uso del apósito de silicona se consigue una gestión adecuada del exudado, gran adaptabilidad y adhesividad, así como una correcta realización de la cura en ambiente húmedo al poder combinarse con la aplicación de otros apósitos o productos de cura.

## CONCLUSIONES

Fundamentalmente podemos enfatizar tres características del apósito de silicona, que han sido cruciales en la

evolución de la lesión hacia la cicatrización: poco traumático con adhesión mínima al lecho ulceral y piel circundante, aumentando la comodidad del paciente y reduciendo el dolor en los cambios de apósito; adecuado control del microclima cutáneo, retirando la humedad próxima a la piel y gran flexibilidad con buena adaptación al contorno del cuerpo, sin fugas de exudado y ayudando a disminuir la presión y la cizalla.

## DESBRIDAMIENTO DE UNA ÚLCERA POR PRESIÓN EN EL TALÓN. CADEXÓMERO IODADO VS. COLAGENASA. A PROPÓSITO DE UN CASO

**Autores:** Sánchez-Gálvez J

Policlínica Virgen de los Dolores. Cartagena. Murcia.

**Contacto:** [javier.sg.ct@gmail.com](mailto:javier.sg.ct@gmail.com)

### OBJETIVOS

Comparar la eficacia y tipo de desbridamiento que realizan ambos productos valorando el exudado, la piel perilesional y las calidades de tejidos presentes en el lecho de la herida.

### METODOLOGÍA

Mujer de 88 años, inmovilizada y con demencia, presenta úlceras por presión en ambos talones con tejido esfacelar en la totalidad de los dos lechos ulcerales. En el momento de iniciar el estudio, se estaba tratando con hidrofibra de hidrocoloide con plata y un hidrocoloide como apósito secundario. Se pasa a realizar una cura en ambiente húmedo, aplicando en el talón izquierdo cadexómero iodado y un apósito de espuma hidrocelular y, a su vez, en el talón derecho se aplica colagenasa y el mismo tipo de apósito, protegiendo en ambos casos la piel perilesional con una pomada con un 25% de óxido de Zinc. Se realiza la cura siguiendo esta pauta 3 veces por semana, en cada cura se mide el exudado mediante una escala de 5 puntos con ponderaciones asignadas para los siguientes valores: humedad del lecho, color, olor y viscosidad del exudado; se valora la piel perilesional aplicando la escala FEDPALLA y se indica el tipo de tejido presente en el lecho ulceral de manera porcentual, recogiendo esta información presente en las distintas gráficas durante 5 semanas.

### RESULTADOS

Se observa y se refleja en las gráficas de manera comparativa la evolución favorable de ambas lesiones, se obtiene información sobre el exudado, la evolución del tejido esfacelar presente y la piel perilesional, quedando ambas lesiones libres de tejido esfacelar para continuar con el proceso de cicatrización mediante cura en ambiente húmedo. La lesión tratada con cadexómero iodado presenta un lecho ulceral seco y sin olor, el tejido esfacelar no presenta humedad y requiere de un desbridamiento cortante para terminar de retirarlo. La lesión tratada con colagenasa presenta un lecho ulceral mojado y un esfacelo húmedo que va disminuyendo en cantidad a cada cura,

pero presenta olor que indica un aumento de la carga bacteriana, inexistente éste en la lesión tratada con cadexómero iodado. En ambas lesiones la piel perilesional evoluciona favorablemente hasta un FEDPALLA entre 21 y 25 puntos.

### CONCLUSIONES

Ambos productos nos permiten actuar preparando el lecho de la herida mediante la eliminación del tejido desvitalizado, el cadexómero iodado reduce los signos clínicos compatibles con colonización crítica de la herida en el lecho ulceral, mientras que el uso de colagenasa nos permite evitar el desbridamiento cortante.

## TRATAMIENTO DE UN TATUAJE CON COLONIZACIÓN CRÍTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

**Autores:** Sánchez-Gálvez J.

Policlínica Virgen de los Dolores. Cartagena. Murcia.

**Contacto:** [javier.sg.ct@gmail.com](mailto:javier.sg.ct@gmail.com)

### RESUMEN

Introducción: Los tatuajes son una moda cada vez más común en nuestra sociedad. Una de las complicaciones que podemos encontrar son las infecciones localizadas, normalmente debidas a las condiciones higiénicas en las que se realiza el tatuaje o a unos deficientes cuidados posteriores. En este caso se aplican los conceptos de control de la inflamación y de la infección, propios a la preparación del lecho de la herida, en un tatuaje con una sobrecarga bacteriana.

### OBJETIVOS

Disminuir la carga bacteriana en la lesión. Evitar el desprendimiento de la tinta del tatuaje.

### METODOLOGÍA

El paciente es un varón de 30 años con varios tatuajes que, a las 48h de la realización un tatuaje en la extremidad inferior derecha, avisa al servicio de enfermería domiciliar manifestando prurito intenso, dolor y exudado purulento con mal olor, síntomas que nunca había padecido. Al acudir al domicilio, la zona tatuada presenta los signos propios de una colonización bacteriana crítica. El paciente está afebril y manifiesta estar tomando ibuprofeno cada 8 horas desde la realización del tatuaje. Se muestra preocupado por perderlo (presenta zonas en las que la tinta se ha rechazado). Se opta por tratar la lesión con un apósito de plata nanocristalina, un apósito de hidrogel en malla y un apósito secundario hidrocelular adhesivo. En la piel perilesional se aplica una película de barrera protectora no irritante en aerosol.

### RESULTADOS

A las 72 horas se revisa la lesión, observando ausencia de olor y exudado. El paciente manifiesta no tener dolor ni picor. La lesión presenta argiria a causa de la descarga de plata. Se mantiene la cura con un apósito hidrocelular

adhesivo. Transcurridas 72 horas más, el aspecto de la lesión es normal. El paciente retoma, por voluntad propia, la pauta de curas instaurada por su tatuador (lavado con agua fría y jabón 3 veces al día y aplicación frecuente de vaselina).

### CONCLUSIONES

El control de la carga bacteriana de un tatuaje mediante los conceptos de preparación del lecho de la herida permite abordar esta herida aguda de manera rápida y eficiente para el paciente y el profesional. La aplicación de plata nanocrystalina sobre el tatuaje permite evitar una mayor pérdida de la tinta tatuada en casos de aumento de la carga bacteriana.

## ENFERMERA REFERENTE EN HERIDAS CRÓNICAS UNA AYUDA A LOS PROFESIONALES Y A LOS PACIENTES.

**Autores:** Zurro-González S, González-Calvo M C, De la Hera-de la Fuente MP.

Centro de Salud La Puebla. Palencia

**Contacto:** [szurro@saludcastillayleon.es](mailto:szurro@saludcastillayleon.es)

### RESUMEN

Introducción: Los principios de la preparación del lecho de la herida (PLH) y su aplicación práctica mediante el esquema T.I.M.E (T de tejido no viable, I de infección-inflamación, M de control de la humedad y E de granulación-epitelización) se han establecido para ayudar al profesional a comprender mejor la cicatrización de las heridas crónicas y sirve como una orientación en la práctica clínica

### OBJETIVOS

Disminuir el tiempo de resolución de las heridas complejas a través del asesoramiento de la enfermera referente en heridas crónicas.

Cicatrización de una herida de origen traumático, basándonos en el concepto TIME

### METODOLOGÍA

Mujer de 55 años sin patología crónica que el 15/06/2014 tiene un accidente de moto, diagnóstico de fractura de peroné se coloca férula con ventana para la realización de las curas por abrasión por asfalto de la parte anterior de la pierna con una extensión de 14x9cm.

En un primer periodo 15/06/14 al 08/09/14 es curada por traumatología y derivada puntualmente al centro de salud para realizar la cura, con distintos tratamientos: 1.-limpieza, irusol, silvederma, tulgrasun. 2.-irusol, gasa, vendaje .3.-furacin, tulgrasun 4.-betadine gel. A partir del 10/09/2015 se realiza una consulta a la enfermera referente del área en heridas crónicas, pautándose curas según el esquema T.I.M.E.

### RESULTADOS

1.-Del 15/06/2014 al 09/ 08/2014 presenta herida con necrosis húmeda, evolución torcida. 2.-A partir del 10/09/14, con el asesoramiento de la enfermera referente de heridas crónicas, se corrige la hipergranulación del lecho con lactisona 2,5% cada 12 horas 3 días, posteriormente se cura con Askina Sorbsan más Askina Transorbent cada 48 horas. El 29/09/2014 intensa reacción eritematosa en piel perilesional con signos inflamatorios e hipergranuloma en el lecho de la herida, se trata con lactisona al 2,5%, apósito de silicona, gasa. EL 03/10/2014 se comienza con curas con Cutimed Sorbact, realizándose curas diarias por parte de la paciente y revisión semanal por su enfermera con apoyo de la enfermera Referente Heridas Crónicas. Alta el 6/11/2015.

### CONCLUSIONES

La existencia de una enfermera referente en heridas crónicas, permite aportar apoyo a los profesionales de enfermería reducir el tiempo de resolución de las heridas complejas. La pauta de curas basada en el concepto T.I.M.E, nos ha ayudado a preparar el lecho de la herida favoreciendo el desbridamiento y el control de la infección e inflamación local.

### “ESE LUNAR...”

**Autores:** Otero-Armentía MM, Couce-Ríos MI, Franco-Rabuñal B, Rilo I, Sanmartín A.

Centro de Salud Caranza. Ferrol.

**Contacto:** [María.del.Mar.Otero.Armentia@sergas.es](mailto:María.del.Mar.Otero.Armentia@sergas.es)

### RESUMEN

Introducción: La piel es la cubierta externa del cuerpo humano. Separa el organismo del medio ambiente externo y permite su comunicación con él. La piel sana es una barrera contra lesiones mecánicas, químicas, tóxicas y microorganismos patógeno. La piel en ocasiones presenta lunares, que son crecimientos sobre la piel y se producen cuando los melanocitos crecen en grupos. La mayoría de las personas tienen entre 10 y 40 lunares y siguen apareciendo aproximadamente hasta los 40 años y desaparecen a medida que envejecemos.

### OBJETIVOS

Describir: Autoexploración, Alteración del color, Aumento o disminución del tamaño de manera súbita, Cambio de forma, textura o elevación, Produce síntomas: dolor o picazón. Si hay sangrado o secreciones. Fotoprotección. Protección solar por medio de cremas adecuadas a nuestro fototipo de piel. Limitar la exposición solar al medio día. Utilizar gafas de sol que protejan contra las radiaciones solares. En niños pequeños: usar camiseta, sombrero y cremas de alta protección durante la exposición solar. Prevención de malignización. Visita al dermatólogo

## METODOLOGÍA

Estudio de los lunares de forma sistémica, bien por parte del paciente como por parte de su médico. Si precisa hacer biopsias. Actualmente, la cirugía es el único tratamiento eficaz. La mayoría de los médicos recomiendan la extirpación quirúrgica para disminuir el riesgo de cáncer y por estética. Educación sanitaria: no todas las manchas de la piel marrones son lunares. Por ejemplo, en las zonas expuestas al sol son muy frecuentes las pecas y las manchas de la edad.

## RESULTADOS

Las personas que tienen muchos lunares están en mayor riesgo de padecer cáncer de piel tipo melanoma. Por este motivo se realizan más exámenes de su piel y se diagnostican a tiempo. Las personas con menos lunares son más propensas a contraer una forma más agresiva de la enfermedad, pasando por alto la autoexploración.

## CONCLUSIONES

“La autoexploración puede evitar que los lunares se malignicen.”

## RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS. PIE DIABÉTICO. REVISIÓN DE TRES CASOS CLÍNICOS

**Autores:** Prieto-Gondell A, Dopico-Lopez A, Bernabeu-Piñeiro F.

Centro de Salud de Neda. A Coruña.

**Contacto:** [Araceli.Prieto.Gondell@sergas.es](mailto:Araceli.Prieto.Gondell@sergas.es)

## INTRODUCCIÓN

En los países occidentales la prevalencia de la diabetes mellitus (DM) es de alrededor de un 6%. El pie diabético, según la OMS es una presencia de ulceración infección y/o gangrena en el pie asociada a neuropatía diabética y a diferentes grados de enfermedad vascular periférica como consecuencia de la interacción compleja de diferentes factores inducidos por una hiperglucemia mantenida. Este proceso ocasiona más del 50% de los ingresos hospitalarios en pacientes con DM. La amputación de la extremidad inferior tiene una incidencia de alrededor del 85% siendo la aparición de nueva úlcera y/o amputación a los 2-5 años de un 50%.

## OBJETIVO

Exponer el beneficio del abordaje integral en el retraso de las amputaciones.

## METODOLOGÍA

Revisión de la literatura científica y presentación de tres casos clínicos.

## CASOS CLÍNICOS

Caso 1: varón de 72 años afecto de DM desde hace unos 30, presenta retinopatía, nefropatía y microangiopatía. Úlcera neuropática en MID con amputación de 1º y 2º

dedo, dedos conservados en garra. Caso 2: varón de 73 años afecto de DM no conocedor hasta hace 6 años, presenta nefropatía y microangiopatía. Úlcera neuropática en zona plantar del MID con amputación previa del 3º dedo. Caso 3: varón de 65 años afecto de DM desde hace 40 años, presenta retinopatía, nefropatía y microangiopatía diabética. Úlcera neuropática en MID con amputación de 1º 2º y 3º dedo, úlcera isquémica en MII con necrosis y amputación del 5º dedo. Los tres casos, son usuarios crónicos y periódicos de consulta de enfermería, en ella se controla el riesgo y realizan cuidados específicos.

## RESULTADOS

Nuestros pacientes fueron remitidos a consulta de enfermería tras la 1º amputación. Pasados 5 años de seguimiento han ocurrido recidivas y un caso, el nº 3, ha precisado amputación del 5º dedo del MII.

## CONCLUSIONES

El enfoque multidisciplinar es sin duda la mejor manera de detectar, atajar y evitar las complicaciones de la DM y con ello las amputaciones. Los cuidados de enfermería integral, protocolizada, esmerada y constante son fundamentales para conseguir retrasar recidivas y evitar llegar a las amputaciones. Su mantenimiento en el tiempo es una labor que requiere conocimientos y una gran dosis de tenacidad. La lesión no tendrá buenos resultados mientras no consigamos corregir cuantas circunstancias inter vengan en cada caso.

## CORRELACIÓN ENTRE EL CONTROL DE LA URTICARIA CRÓNICA Y LA CALIDAD DE VIDA

**Autores:** Sierra-Talamantes C<sup>(1,2)</sup>, Zaragoza-Ninet V<sup>(2)</sup>, Palomar-LLatas F<sup>(1,2)</sup>, Fornes-Pujalte B<sup>(1,2)</sup>, Díez-Fornes P<sup>(2)</sup>, Zamora-Ortiz J<sup>(2)</sup>.

(1) Unidad Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

(2) Cátedra Hartmann de Integridad y Cuidado de la Piel. Universidad Católica de Valencia

**Contacto:** [malacu@ono.com](mailto:malacu@ono.com)

## INTRODUCCIÓN

La urticaria crónica (UC) se caracteriza por la aparición de habones/ronchas y prurito/picor, de intensidad variable, durante más de seis semanas. Aunque no es una enfermedad grave puede afectar, considerablemente, en la calidad de vida del paciente. Se considera que los fármacos antihistamínicos son el tratamiento de primera elección incrementando las dosis en casos de respuestas no adecuadas aunque en casos difíciles de controlar pueden requerir tratamiento con moduladores de IgE, siguiendo las guías de EAACI/GA LEN/EDF/WAO.

## OBJETIVO

Valorar la importancia del control del tratamiento y su repercusión en la calidad de vida del paciente y en el manejo de la enfermedad.

## METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo sobre la historia clínica de 12 pacientes con UC asistidos, en el Servicio de Dermatología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia durante un periodo de seguimiento de 6 meses. Variables a estudio: Edad y sexo. Para evaluar la gravedad de la UC y la respuesta al tratamiento empleamos la escala de actividad de UC UAS7, en la que se valora mediante una escala el prurito y el número de habones y se establecen 5 grados de actividad de la enfermedad: UC grave, UC moderada, UC leve, UC controlada y UC inactiva • Para evaluar la calidad de vida del paciente empleamos el cuestionario CU-Q20L, en el que se valoran mediante 23 ítems 6 escalas: trabajo, sueño, prurito/verguenza, estado mental, hinchazón/alimentación y limitaciones de estética.

## RESULTADOS

Sociodemográficos: La edad media fue de 46,25 años. Hombres 17% y mujeres 83%. Severidad UC al inicio: 33,4% pac. Moderada: 50% pac. Leve: 16,6 % pac. Severidad UC 6 meses: Grave: 0% pac. Moderada: 8,3% pac. Leve: 25% pac. Controlada: 16,6% pac. No activa: 50% pac. INDICE CALIDAD VIDA CU-Q2oL INICIO: trabajo 41,66%, sueño 51,75%, prurito / vergüenza 47,08%, estado mental 27,50%, hinchazón / alimentación 13,16%, limitaciones de estética 17,50%. INDICE CALIDAD VIDA CU-Q2oL 6 meses: 6,66%, 18,25%, 5,55%, 3,33%, 2,00% y 4,00%, respectivamente.

## CONCLUSIONES

Las escalas para evaluar la gravedad de la UC son una buena herramienta para valorar la actividad de la enfermedad así como la respuesta y la eficacia del tratamiento. La utilización de cuestionarios de calidad de vida en la UC son elementos útiles para la evaluación y seguimiento de la enfermedad.

## ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE PICADURAS DE INSECTO

**Autores:** Sierra-Talamantes C <sup>(1,2)</sup>, Zaragoza-Ninet V (2), Palomar-Llatas F <sup>(1,2)</sup>, Fornes-Pujalte B <sup>(1,2)</sup>, Díez-Fornes P <sup>(2)</sup>, Zamora-Ortiz J <sup>(2)</sup>.

(1) Unidad Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

(2) Cátedra Hartmann de Integridad y Cuidado de la Piel. Universidad Católica de Valencia

Contacto: [malacu@ono.com](mailto:malacu@ono.com)

## OBJETIVO

Facilitar de forma sencilla la actuación de enfermería en la identificación y tratamiento de las picaduras de insecto más habituales en nuestro entorno.

## METODOLOGÍA

Selección de las picaduras de insecto más habituales motivo de consulta en nuestro medio: Mosquito, Avispa y abeja, Garrapata, Piojo, Pulga, Chinche. Identificación de la picadura del insecto mediante: Manifestaciones, clí-

nicas según el agente causal, Morfología de las lesiones según el agente causal, Habitat del insecto. Posibilidad de transmisión de enfermedades por vectores

## RESULTADOS

Tratamiento específico de las lesiones según el agente causal. Tratamiento general de las picaduras de insecto. Tratamiento de la anafilaxia. Medidas preventivas.

## CONCLUSIONES

La mayoría de reacciones a picaduras de insecto tienen un manejo sencillo, pero algunas pueden o requerir una actuación específica por la posibilidad de transmisión de enfermedades mediadas por vectores o por el riesgo de desencadenar cuadros sistémicos graves.

## FOTOTERAPIA EN UN CASO DE MICOSIS FUNGOIDE

**Autores:** García-Fanjul E, González-Delgado S.

Casa del Mar. Hospital de Cabueñes. Gijón.

Contacto: [eligfanjul@gmail.com](mailto:eligfanjul@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

La micosis fungoide (MF) es la forma más frecuente de LCCT (Linfomas cutáneos de células T), representando un 50% de todos los linfomas cutáneos primarios. Su curso suele ser indolente y su progresión lenta, de años o décadas. Existe una clasificación TNMB (Tumor, lymph Node, Metastasis, Blood) específica, la cual sirve tanto para el estadiaje de la enfermedad como para predecir el pronóstico. Una de las opciones terapéuticas para la MF, es el PUVA (administración oral de Psoraleno + aplicación de radiación UltraVioleta A) o combinaciones de éste con otros tratamientos sistémicos.

## OBJETIVO

Presentar un caso clínico de micosis fungoide tratado con fototerapia.

## METODOLOGÍA

Presentamos el caso clínico de un varón de 76 años, diagnosticado de Micosis Fungoide T3NxM0B0 (Estadío IIB). El paciente presenta lesiones en brazos, glúteos y tronco de 6 años de evolución. Tras el diagnóstico por biopsia, se decide comenzar con PUVA según el protocolo del servicio. La enfermera de la Unidad de fototerapia realiza el plan de cuidados del paciente según diagnósticos NANDA.

## RESULTADOS

La evolución del paciente ha sido excelente, consiguiéndose una reducción del tamaño e infiltración de las lesiones, y la curación de las heridas que presentaba. Como consecuencia, se consigue un mayor confort. Se llega a replantear la necesidad de aplicar tanto la radioterapia como el Bexaroteno pautados en la valoración previa al inicio de PUVA.

## CONCLUSIONES

La fototerapia con PUVA, con los cuidados de enfermería realizados a lo largo de todo el proceso, reduce de manera significativa los síntomas que presentaba el paciente en su valoración inicial.

## DECÁLOGO PARA LA IONTOFORESIS

**Autores:** González-Delgado S, García-Fanjul E.

Casa del Mar. Hospital de Cabueñes. Gijón.

**Contacto:** [latitasoni@gmail.com](mailto:latitasoni@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

La iontoforesis es una técnica que utilizando el paso de una corriente eléctrica unidireccional (continua o pulsante) a baja potencia, disminuye la sudoración por un mecanismo no bien conocido. Se utiliza desde 1968 como tratamiento no invasivo de elección en hiperhidrosis palmo-plantar moderada y severa. Son varios los autores que postulan la necesidad de un entrenamiento previo al paciente antes del desarrollo del tratamiento domiciliario, y creemos que enfermería es la indicada para este fin.

## OBJETIVO

Nuestro objetivo con este decálogo es ofrecer una guía sencilla con consejos prácticos y ordenados para el desarrollo del tratamiento de iontoforesis en el domicilio.

## METODOLOGÍA

Hemos realizado una revisión de la bibliografía correspondiente a los MeSH: Hiperhidrosis; Iontophoresis en Epistemonikos, MEDLINE, SCIELO y WOS, desde 2010 hasta hoy.

## RESULTADOS

Como resultado les presentamos este decálogo a modo de documento para el paciente, como recordatorio de los pasos a seguir.

## CONCLUSIONES

La eficacia de la iontoforesis en la hiperhidrosis está demostrada en distintos artículos desde 1936 (Ichihashi) pasando por Bouman (1952) y muchos otros. Es un tratamiento con pocos efectos secundarios, leves en todo caso, si se utiliza adecuadamente. Enfermería juega un papel importante a la hora de desarrollar el entrenamiento previo en iontoforesis que defienden distintos estudios. Consideramos que este decálogo de consejos puede ser una guía útil para que el paciente pueda desarrollar las sesiones en su domicilio con seguridad. Del mismo modo, las explicaciones anexas al documento pueden servir a enfermeras o pacientes interesados para comprender mejor la técnica, sus riesgos y su uso correcto.

## ARTROPATIA PSORIASICA: NEXO DE UNIÓN ENTRE REUMATOLOGIA Y DERMATOLOGIA. INTRODUCCION DE TRATAMIENTO BIOLÓGICO S/C EN CONSULTA DE ENFERMERIA REUMATOLOGICA

**Autores:** Librada-Sanz MP <sup>(1)</sup>, Moreno-García MS <sup>(2)</sup>, Orta-Hernández MP <sup>(1)</sup>, Pérez-Sola MA <sup>(1)</sup>, Garnica-Arias E <sup>(3)</sup>, Martín de Aguilera-Moro C <sup>(1)</sup>.

1) Enfermeras. Hospital Reina Sofía de Tudela. Navarra.

2) Reumatóloga. Hospital Reina Sofía de Tudela. Navarra.

3) Médico Interno Residente. Hospital Reina Sofía de Tudela. Navarra.

**Contacto:** [pilarlibrada@hotmail.es](mailto:pilarlibrada@hotmail.es)

## INTRODUCCIÓN

Se estima que la prevalencia de psoriasis en la población general está entre el 0,1-2,8%, y en pacientes con artritis ronda el 7%. En las recomendaciones EULAR aconsejan un abordaje multidisciplinar. Ante la necesidad que se nos plantea, al incorporar los nuevos tratamientos biológicos (TTB) en la consulta de Reumatología, se decide incluir esta nueva prestación en enfermería.

## OBJETIVOS

Informar sobre los tratamientos y cuidados necesarios para conseguir con su colaboración los mejores resultados posibles. Formar en las técnicas de punción subcutánea. Prevenir fomentando buenos hábitos higiénicos para evitar complicaciones por infecciones en la zona de punción. Implicar al paciente en la autoadministración. Detección más precoz de efectos adversos. Conseguir mejorar su calidad de vida.

## METODOLOGÍA

Se abrió agenda Informatizada de enfermería en reumatología para citar a los pacientes, y formarlos en la técnica y manejo del tratamiento instaurado por el reumatólogo. Iniciando el protocolo acordado entre consulta médica y enfermería desde febrero del 2013 hasta la fecha actual (agosto de 2015). Información de auto-administración del tratamiento. Explicando la técnica, observando como lo hacen ellos. Y valorando la capacidad de entendimiento y aprendizaje. Apoyo emocional. Y dando nueva cita según valoración. Información de posibles efectos adversos, adjuntándoles cuidados y teléfono de contacto para consulta de cualquier reacción o duda.

## RESULTADOS

Han sido revisado un total de 42 pacientes (19 mujeres, 23 varones) con diagnóstico de artritis psoriásica (32 con afectación periférica, 6 con afectación axial y 4 con afectación mixta), presentando psoriasis con afectación cutánea 22, ungueal 6, cuero cabelludo y piel 2, piel y ungueal 8, cuero cabelludo y ungueal 2 y con afectación de piel, cuero cabelludo y ungueal 2. En dicho periodo han iniciado TTB en esta consulta un total de 12 pacientes, generando un total de 24 visitas a enfermería reumatológica.

## CONCLUSIONES

Se ha observado una mejoría en la relación con el paciente como con los compañeros que integran el equipo multidisciplinar especializado en los cuidados del paciente afecto de artritis psoriásica, así como una mejor adhesión y notable mejoría en la confianza del paciente hacia la consulta de enfermería reumatológica y dermatológica.

## TERAPIA FOTODINÁMICA EN EL MANEJO DE DISTINTAS PATOLOGÍAS DERMATOLÓGICAS DE ORIGEN INFECCIOSO: UNA ALTERNATIVA RÁPIDA, EFICAZ Y BIEN TOLERADA FRENTE A LOS TRATAMIENTOS CONVENCIONALES.

**Autores:** Loro-Coello MC<sup>(1)</sup>, Santiago Sánchez-Mateos JL<sup>(1,2)</sup>, Fernández Pacheco-Gallego MJ<sup>(1)</sup>.

(1) Unidad de Enfermería del Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real

(2) Unidad de Investigación Traslacional. Hospital General Universitario de Ciudad Real

**Contacto:** [mccloro@hotmail.es](mailto:mccloro@hotmail.es)

## INTRODUCCIÓN

El uso de terapia fotodinámica (TFD) en dermatología se basa en los efectos biológicos derivados de la foto-oxidación de biomoléculas expuestas a un fotosensibilizante tópico (ácido 5-aminolevulínico o 5-metilo aminolevulinato) y una fuente de luz sobre diversas lesiones cutáneas. En los últimos años, existe una tendencia a emplear la TFD en patología infecciosa como verrugas víricas, lesiones de acné, onicomycosis y lesiones de leishmaniasis cutánea (botón de oriente) por su buena eficacia, acción rápida y tolerabilidad respecto a otras opciones clásicas de tratamiento con antisépticos, quimioterápicos o cirugía.

## OBJETIVO

Presentar una serie de casos dermatológicos con aplicación de la TFD.

## METODOLOGÍA

De enero a septiembre de 2015, se recogieron los datos de todos los pacientes tratados con TFD con 5-metilo aminolevulinato (MAL) tópico y patología infecciosa en la Unidad de fototerapia del Servicio de Dermatología del Hospital General Universitario de Ciudad Real. Se clasificó a los pacientes en cuatro grupos de patologías según el origen etiológico (virus, bacterias, hongos y protozoos), recogiendo el diagnóstico, tratamientos previos, número de sesiones con TFD hasta conseguir la curación clínica de las lesiones cutáneas y tolerancia.

## RESULTADOS

Todos los pacientes que recibieron tratamiento con TFD mostraron buena respuesta de las lesiones cutáneas a partir de la segunda sesión y evolucionaron hacia la curación sin dejar cicatrices u otros estigmas, siendo más largo el tratamiento en casos de verrugas víricas que en otras patologías

de origen infeccioso. Sólo 2 pacientes se quejaron de dolor/quemazón durante el tratamiento.

## CONCLUSIONES

Presentamos una serie de pacientes con patología dermatológica infecciosa de etiología diversa (virus, bacterias, dermatofitos y protozoos), que no habían respondido a las primeras líneas de tratamiento (verrugas víricas) o que rechazaron el uso de tratamientos clásicos por su toxicidad sistémica (dermatofitosis y leishmaniasis cutánea), y que mostraron una excelente respuesta terapéutica, bajo el punto de vista clínico y cosmético, rapidez de acción y tolerabilidad, con TFD y MAL.

## CUIDADOS DE FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA CON AFECTACIÓN DE PIEL PERILESIONAL. DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

**Autores:** Pita-Miño P, López-De los Reyes R, Seco-Ramos P, Cupeiro-García M, Vía Fernández E, Castañeda-Cuevas MC.

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

**Contacto:** [pedro.pita.mino@sergas.es](mailto:pedro.pita.mino@sergas.es)

## OBJETIVO

Describir un caso clínico de un paciente con enfermedad de Crohn y enterostomía cutánea de difícil resolución debido al excesivo reflujo intestinal que afectaba a piel perilesional.

## PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO Y EVOLUCIÓN

Presentamos el caso de un varón de 19 años con enfermedad de Crohn de 11 años de evolución refractaria al tratamiento médico que precisó cirugía urgente con muy mal estado nutricional presentando un abdomen catastrófico con peritonitis severa que precisó cierre diferido de la pared abdominal y terapia de vacío presión negativa (TVPN). Posteriormente presenta fístula completa de alto débito a nivel yeyunal que interfiere en la adecuada evolución de la herida quirúrgica para afrontar la cirugía de reconstrucción de la fístula. Se procedió al manejo inicial de la herida quirúrgica con TPN y posteriormente a la combinación innovadora de productos de cura en ambiente húmedo (CAH) y productos de estomaterapia (PES) para manejar y/o reducir los efectos del exudado y del reflujo del contenido intestinal de la enterostomía y conseguir una mejoría del estado de la piel perilesional para afrontar su cicatrización por tercera intención.

## CONCLUSIONES

En adecuado abordaje y combinación de CAH y PES para manejar el exudado y reflujo del contenido intestinal facilitó la normalización de la epitelización de los bordes de la herida quirúrgica, disminuyendo el disconfor del paciente (frecuencia de curas) y colaboró de forma indirecta en la mejoría de la mucosa intestinal y en definitiva facilitando la cirugía de cierre de la fístula.

## RESOLUCIÓN DE UNA COMPLICACIÓN POR DERMATITIS DE CONTACTO IRRITATIVA EN UNA COLOSTOMÍA TERMINAL TRANSRECTAL

**Autores:** Seco-Ramos P, Cupeiro-García M, Castañeda-Cuevas MC, López-Leira A, Vía-Fernández E, Pita-Miño P.

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

**Contacto:** [pedro.pita.mino@sergas.es](mailto:pedro.pita.mino@sergas.es)

### OBJETIVO

Mostrar nuestra experiencia en la resolución de un caso clínico de complicación por dermatitis de contacto irritativa en una colostomía

### PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO Y EVOLUCIÓN

Presentamos el caso de una mujer de 68 años que tras intervención programada de Neo maligno de recto (Adenocarcinoma avanzado en recto distal) con resultado de una colostomía terminal transrectal por debajo del ombligo en fosa ilíaca izquierda. Trascorridos 6 días desde la primera cura se observó la aparición de una dermatitis de contacto en toda la piel circundante al estoma, probablemente como consecuencia de reacción de hipersensibilidad irritativa a alguno de los componentes del dispositivo de ostomía y/o del material fecal; la piel pericolestómica evoluciona con un aspecto muy enrojecida, irritada y edematosa, debido a las continuas fugas del contenido de la colostomía. La actuación enfermera se centró en aislar el estoma para evitar las fugas (pasta y resinas moldeadoras, cambios de dispositivo) y prevenir infecciones, proteger la piel periestomal (películas barrera y polvos para estomas).

### CONCLUSIONES

La dermatitis de nuestra paciente se produjo en principio por contacto con el dispositivo (lámina de la bolsa de colostomía) y más tarde por contacto directo con el efluente del propio estoma, por fuga. Fue una complicación de carácter transitorio y respondió bien al tratamiento. En general, no suele ser una complicación muy frecuente (dermatitis por contacto con dispositivo), según nuestra experiencia, siempre y cuando se realice una adecuada valoración de la piel y la mucosa para identificar el problema relacionado con la alteración cutánea y poder así aplicar los cuidados apropiados de forma precoz.

## EDUCACIÓN SANITARIA AL PACIENTE DIAGNOSTICADO DE PSORIASIS

**Autores:** Hernández-Orta MP, Martín de Aguilera-Moro MC, Librada-Sanz M P, Pérez- Sola MA, Zubieta-Les MC, Escalada-Abraham J.

Enfermeras de Consultas Externas del Hospital Reina Sofía de Tudela (Navarra)

**Contacto:** [mhernano@cnavarra.es](mailto:mhernano@cnavarra.es)

## INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria, recidivante y crónica. Afecta al 2% de la población, por lo que es una patología habitual en la consulta de dermatología, suponiendo un coste sanitario importante. Por su etiología autoinmune se considera una enfermedad sistémica y puede asociarse a otras comorbilidades que es importante detectar y controlar. Puede aparecer a cualquier edad, pero tiene mayor incidencia entre los 20 y los 50 años. El 80% de los pacientes sufre psoriasis leve o moderada que podrían mejorar con cuidados, estilos de vida saludables y adherencia a la terapia tópica, pero la falta de conocimientos, desánimo, inconstancia... pueden motivar fracaso del tratamiento con mal control de la enfermedad y de la calidad de vida del paciente.

### OBJETIVOS

Facilitar la educación sanitaria del paciente sobre la enfermedad, cuidados, prevención de comorbilidades... Favorecer la adherencia al tratamiento. Promover estilos de vida saludables y mejorar la calidad de vida del paciente.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Seguimiento en la Consulta de Enfermería Dermatológica CEDER. Proceso de Atención Enfermero (PAE): valoración, diagnóstico enfermero (NANDA), objetivos (NOC), intervenciones (NIC) y resultados. Educación sanitaria: información y formación del paciente. Favorecer el aprendizaje mediante comunicación oral, entrega de folletos informativos...

### RESULTADOS

Valoración en la CEDER del psoriasis (PASI, BSA, DLQI) y de los objetivos NOC logrados. Conocimiento: conducta sanitaria, cuidados de la enfermedad, régimen terapéutico... Conducta cumplimiento de la medicación prescrita. Autocuidado: administración correcta de tratamiento biológicos subcutáneos. Integridad tisular. Autogestión de los cuidados. Aceptación de la enfermedad y autoestima. Control de la ansiedad. Control del riesgo. Conducta de promoción de la salud...

### CONCLUSIONES

Es importante desarrollar el potencial de la enfermera en la educación sanitaria, ya que el paciente bien informado utilizará mejor los recursos sanitarios, comprenderá mejor su enfermedad, se implicará más en su tratamiento y cuidados, mejorará sus resultados de salud y aumentará su satisfacción, su autonomía y su calidad de vida.

## LESIONES DÉRMICAS DE ORIGEN VASCULAR MIXTO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

**Autores:** Prieto-Gondell A, Oreona-Carro L.

Centro de Salud de Neda. A Coruña.

**Contacto:** [aprigon1@hotmail.com](mailto:aprigon1@hotmail.com)

## INTRODUCCIÓN

Una úlcera vascular es la pérdida de la integridad cutánea, desencadenada por un problema frecuentemente circulatorio y que persiste en el tiempo durante al menos seis semanas. Según su etiología pueden ser: Venosas o de estasis: asientan sobre piel dañada por una dermatitis secundaria a hipertensión venosa. Arteriales o isquémicas: secundarias a un déficit de aporte sanguíneo en la extremidad afecta. Mixtas: comparten características de ambas.

## OBJETIVO

Revisión del manejo de las úlceras vasculares mediante la presentación de un caso clínico.

## CASO CLÍNICO

Varón de 75 años, presenta cardiopatía isquémico-valvular y fibrilación auricular, intervenido de plastia tricuspídea, prótesis biológica mitroaórtica, colocación de marcapasos definitivo e implante de stent vasculares. A tratamiento con Sintrom y Adiro. Al alta hospitalaria acudió a consulta de enfermería, presentando úlceras mixtas en MMII: En MID: Las lesiones cubrían la cara anterior de la pierna con ligera necrosis y abundante tejido de granulación. En MII: presentaba una herida exudativa que cubría la cara anterior de la pierna, con zonas necróticas y abundantes esfacelos. En la parte postero-inferior presentaba una segunda herida con tejido necrótico. Se iniciaron curas con hidrocoloide Ag, hidrogel y espuma de poliuretano no adhesiva. Mala tolerancia por hipersensibilidad cutánea, con tendencia al enrojecimiento y descamación. Se utilizaron cremas hidratantes hipoalérgicas, de zinc, ácidos grasos y gasas de algodón 100%, en función de evolución clínica. Se realiza vendaje ligeramente compresivo, ya que las lesiones, al ser puerta de salida del edema, dificultaban la cicatrización y favorecían la infección. Ante la presencia de cambios en el aspecto del exudado, se realizó cultivo del mismo, siendo positivo para *S. Aureus* resistente a metilicina, para lo cual se inició tratamiento sistémico y aislamiento de contacto. Por su lenta evolución fue enviado a Dermatología, iniciándose tratamiento según las pautas recomendadas y posteriormente derivado a la cámara hiperbárica, que no toleró por su patología cardíaca. Se inició tratamiento con Urgo-Clean de forma experimental, respondiendo positivamente, limpiando el lecho de las úlceras y reduciendo su tamaño.

## RESULTADOS

Úlcera posterior curada y reducción significativa de ambas lesiones de la cara anterior del MII.

## CONCLUSIONES

Gracias a un abordaje multidisciplinar y a los exhaustivos cuidados de enfermería en atención primaria se logró una importante reducción de la lesión y del dolor, así como una mejoría de la piel perilesional.

## PADRES GESTORES DE CUIDADOS DE UNA RECIÉN NACIDA OSTOMIZADA; ¿QUIÉN ENSEÑA A QUIÉN?

**Autores:** Eiriz-Barbeito D, Carballas-Argiz C, Rama-Rabufal M, Pérez- Pérez V, Suarez-Pérez E, Botas-Lamas L.

Servicio de Neonatología del Hospital Teresa Herrera. A Coruña.

**Contacto:** [dolores.eiriz.barbeito@sergas.es](mailto:dolores.eiriz.barbeito@sergas.es)

## INTRODUCCIÓN

Las Unidades Neonatales, una vez derribadas barreras que separan padres de hijos, han de promover su participación en los cuidados de sus bebés y su integración en el equipo asistencial. En los bebés ostomizados múltiples factores condicionan la aparición de graves lesiones cutáneas. La mala colocación de las bolsas colectoras origina y/o agravan el problema siendo una técnica de alta complejidad en este grupo de pacientes

## OBJETIVO

Crear relaciones de confianza y apoyo mutuo entre equipo asistencial y padres. Mantener actitudes abiertas que permitan cambiar los roles tradicionales padres- enfermera. Conseguir una integración real de los padres otorgándoles el protagonismo que les corresponde. Reducir las lesiones cutáneas del periestoma derivadas de la inadecuada colocación de las bolsas colectoras.

## MÉTODO

Descripción de nuestra experiencia con los padres de una recién nacida portadora de una ileostomía, que se convirtieron en docentes para el personal de la Unidad y para otros padres de niños en la misma situación. Actualmente nuestro protocolo recoge su método de colocación/cambio de bolsa y se aplica a los niños ostomizados.

## RESULTADOS

Los padres han recibido el reconocimiento de todos los miembros del equipo asistencial y han expresado su satisfacción de ser útiles para otros niños. El personal ha confiado en la experiencia de estos padres y ha contrastado las mejoras que representa su método, que se aplica con total aceptación. En los pacientes en los que se ha aplicado el método se observa una mejora significativa de la adherencia de las bolsas colectoras y una reducción de lesiones cutáneas.

## CONCLUSIONES

Consideramos que esta experiencia más allá del beneficio inmediato sobre los procedimientos enfermeros de nuestra Unidad, representa una nueva puerta abierta hacia un cambio en los roles de los padres de los Recién Nacidos que han de adquirir cada vez más el protagonismo que les corresponde en los cuidados. En el proyecto de la futura "Escuela de Pais" de nuestra Unidad los padres tendrán un papel muy relevante para el desarrollo de sesiones formativas y talleres.

## TERAPIA PRESION NEGATIVA/ RESULTADOS POSITIVOS

**Autores:** Pérez-Sola M<sup>a</sup> A, Zubieta-Les M<sup>a</sup> C, Hernández-Orta M<sup>a</sup> P, Martín de Aguilera-Moro M<sup>a</sup> C, Librada-Sanz M<sup>a</sup> P.

Enfermeras de Consultas Externas del Hospital Reina Sofía, de Tudela (Navarra)

**Contacto:** [mperezso@cfnavarra.es](mailto:mperezso@cfnavarra.es)

### INTRODUCCIÓN

La presión negativa es un término que se utiliza para describir una presión inferior a la presión atmosférica normal y se aplica por medio de un sistema de aspiración. Este sistema acelera la cicatrización al preparar el lecho de la herida para el cierre, disminuye el edema, favorece la formación de tejido de granulación, aumenta la perfusión y elimina el exudado. Existen diferentes tipos de sistema según la cantidad de exudado:

1. Recogen el exudado en un apósito que se coloca pegado a la piel (recomendado en heridas con exudado bajo).
2. Recogen el exudado en una unidad recolectora (recomendado en heridas con exudado moderado); en este tipo de sistema se puede modificar el tipo de aspiración (A- Continua. B- Intermitente).

### OBJETIVO

Presentar un caso clínico de un paciente con TPN

### METODOLOGÍA

Nos basamos en un caso clínico. Paciente de 81 años, sintronizado, que acude al servicio de consultas de enfermería traumatológica tras ser intervenido quirúrgicamente por una fractura distal de tibia y peroné derechos (osteosíntesis con placa y tornillos en ambos maléolos), tras ser curado en su centro de salud presenta una necrosis importante en ambas heridas. Se inician curas para desbridamiento físico y químico y tras limpiar ambas heridas se inicia TPN con apósito recolector, en la herida del maléolo interno.

### RESULTADOS

Hemos utilizado este método en el tratamiento de heridas, mediante presión negativa, que mejora considerablemente la evolución de las mismas. Tras la aplicación del sistema de TPN vemos que:

1. Favorece la curación de heridas, disminuyendo el tiempo de curación.
2. Promueve el tejido de granulación.
3. Protege la herida de agresiones externas.
4. El tratamiento se puede realizar de forma ambulatoria permitiendo al paciente hacer una vida muy normalizada (transporte cómodo, vida laboral activa, etc.)

### CONCLUSIONES

Reduce la frecuencia de cambios. Aumenta la calidad de vida del paciente. Disminuye los costes económicos.

## PAPILOMAVIRUS CON TERAPIA FOTODINÁMICA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA CEDER

**Autores:** Hernández-Orta MP<sup>(1)</sup>, Martín de Aguilera-Moro MC<sup>(1)</sup>, Floristan-Resca P<sup>(1)</sup>, Rivera-Fuertes J<sup>(2)</sup>, Pérez-Pelegay J<sup>(2)</sup>, Lafuente-Urrez RF<sup>(2)</sup>.

1) Enfermeras. Consulta Dermatología Hospital "Reina Sofía" Tudela. Navarra.

2) Dermatólogos. Consulta Dermatología Hospital "Reina Sofía" Tudela. Navarra.

**Contacto:** [mhernano@cfnavarra.es](mailto:mhernano@cfnavarra.es)

### INTRODUCCIÓN

La infección por Papilomavirus (HPV) cutáneo es una patología muy frecuente en dermatología. Por su carácter recurrente muchos pacientes, tras ser diagnosticados y tratados por el dermatólogo, son derivados a la Consulta de Enfermería Dermatológica CEDER para seguimiento. La gran variedad de tratamientos que se emplean (queratolíticos, crioterapia, podofilino, inmuno-moduladores, esparadrapterapia...) indica que ningún tratamiento es efectivo en un 100% de los casos y en ocasiones su curación supone un reto. Actualmente la terapia fotodinámica (TFD) es una nueva opción en el tratamiento en verrugas recalcitrantes.

### OBJETIVOS

Ofrecer otra alternativa de tratamiento en verrugas persistentes o en localizaciones especiales. Revisar los pacientes atendidos en la CEDER con papiloma virus. Analizar los casos tratados con Terapia Fotodinámica.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción de la técnica de TFD en verrugas vulgares. Estudio observacional-retrospectivo de los datos estadísticos de la CEDER. Iconografía de casos.

### RESULTADOS

Se presentarán los datos obtenidos de la revisión y análisis de la CEDER en relación a las consultas realizadas a pacientes con papilomavirus y los casos tratados con TFD desde el año 2014 que es cuando iniciamos esta modalidad de tratamiento para lesiones de HPV que han fracasado con otros tratamientos.

### CONCLUSIONES

La terapia fotodinámica es una modalidad de tratamiento que realizamos desde hace años en lesiones oncológicas superficiales en nuestra CEDER, su aplicación en otras patologías como las verrugas vulgares es más novedosa. No existen protocolos establecidos. En nuestra experiencia hemos observado que: - No provoca efectos adversos importantes. Algunos pacientes refieren molestias que son bien toleradas con la administración previa de Paracetamol, pulverizando agua fría durante la iluminación y aplicando después un Hidrogel frío. - La eliminación de la hiperqueratosis antes del tratamiento mediante limado previo, aplicación de queratolíticos y raspado de las lesiones mejora su efectividad. - Tras realizar 3 sesiones cada 15 días, conviene espaciar las sesiones para ir valorando la respuesta. - Hemos obtenido buenos resultados con resolución en varios casos de verrugas recalcitrantes de mucho tiempo de evolución que no habían evolucionado bien con otros tratamientos.