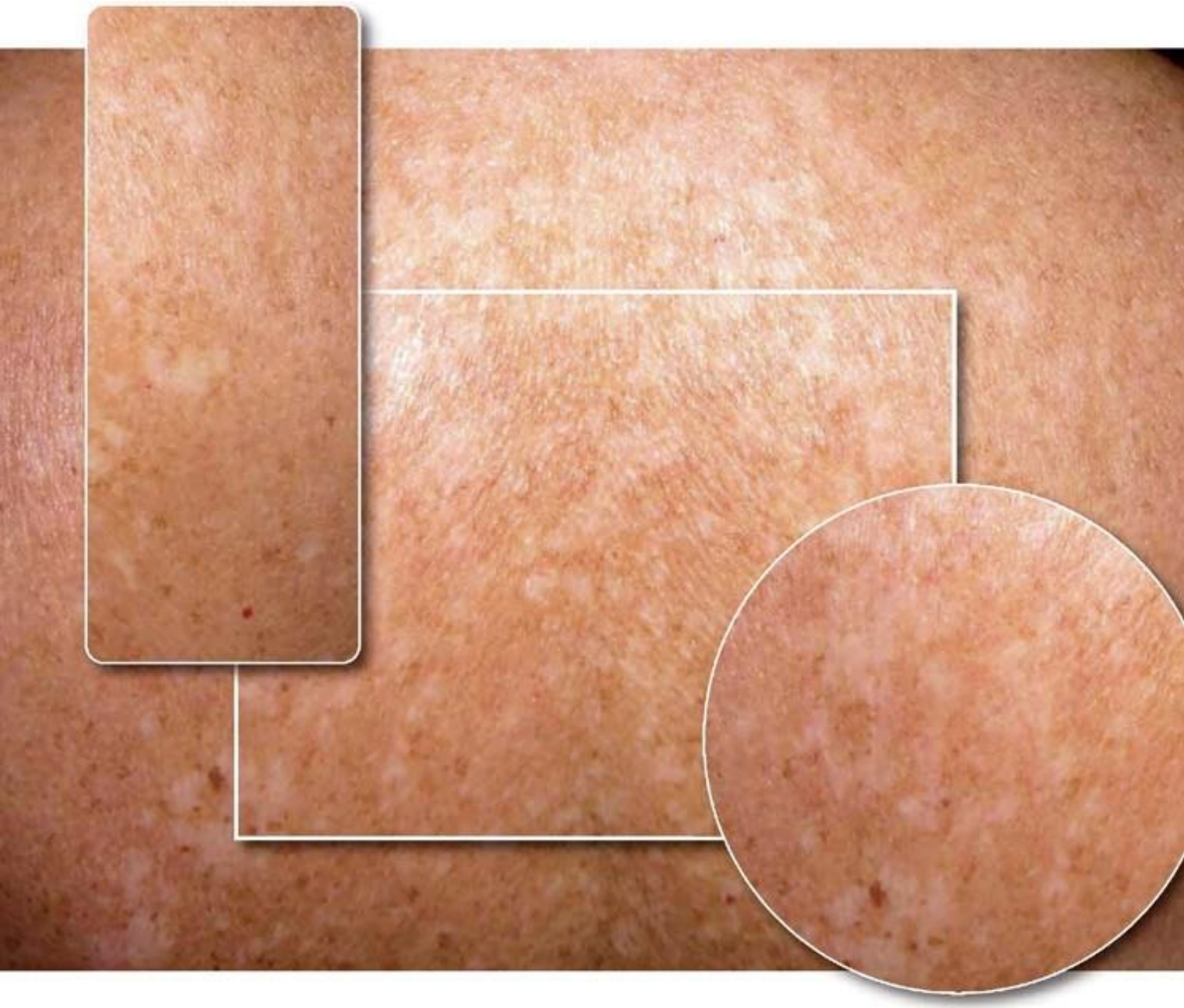
ENFERMERÍA
dermatológica
ANEDIDIC
www.anedidic.com



- *Las manos limpias son cuidados seguros.*
- *Proyecto de innovación docente sobre fotoprotección en un centro educativo.*
- *Incidencia y diagnóstico de lesiones dermatológicas en usuarios de 0-14 años en un centro de atención primaria urbano.*
- *Úlceras por calcifilaxis: ¿cuidados paliativos o desbridamiento?*
- *Escala para la medición del grado autopercibido de afinidad del mosquito antropofílico común.*
- *Caso clínico de paniculitis caracterizado por tumoración subcutánea en muslo.*
- *El blog "urgencias y emergencias" y su iniciativa #NOALPLAGIO*
- *Dermatitis de contacto relacionada con solución hidroalcohólica.*

Edita: ANEDIDIC
ASOCIACIÓN NACIONAL ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA

número
36

año 13. enero-abril 2019

CUIDEN Dialnet DOAJ DIRECTORY OF OPEN ACCESS JOURNALS latindex catálogo

ISSN-e: 2386-4818

OPEN ACCESS
CC BY NC SA

ENFERMERÍA dermatológica
ANEDIDIC
www.anedidic.com

COMITÉ EDITORIAL

Editor Jefe/Director
D. FEDERICO PALOMAR LLATAS. *Enfermero. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, España*

Editor adjunto/Subdirector
D. LUIS ARANTÓN AREOSA. *Enfermero. Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol, España.*

Editor asociado
D. JOSÉ MARÍA RUMBO PRIETO. *Enfermero. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, España.*

Redacción Editorial

Jefa de redacción:
Dª. MARTA PALOMAR ALBERT. *Periodista. Valencia, España.*

Redactores adjuntos:
D. JAUME CASTELLÓ GRANELL. *Enfermero. Centro de Atención Primaria de Sueca. Valencia, España.*
Dª BEGOÑA ZARAGOZÁ VILLENA. *Enfermera. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia, España.*

Redactores asociados:
D. JOSÉ BONÍAS LÓPEZ. *Enfermero. Centro de Atención Primaria Fuente de San Luís. Valencia, España.*
Dª SALOMÉ ROMERO PÉREZ. *Aux. Administrativa del Servicio de Biblioteca Hospital A.Marcide de Ferrol, España.*
Dª ALBA VIVES LOURIDO. *Facultad de Filología Hispánica. Universidad de Santiago de Compostela, España.*

CONSEJO EDITORIAL (Revisores)

Colaboradores nacionales:

- *D. Juan Pablo Aracil Kessler. Médico Especialista en Cirugía Plástica. Hospital General de Castellón. Valencia, España.*
- *D. Ignacio Blanes Mompó. Médico. Especialista en Angiología y cirugía vascular. Hospital General Universitario de Valencia, España.*
- *D. Miguel Cabanillas González. Médico Especialista en Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, España.*
- *D. Santiago Caeiro Quinteiro. Médico Especialista en Angiología y Cirugía Vascular. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. España.*
- *D. Raúl Capillas Pérez. Enfermero. Asesoría Técnica en Tratamiento de Lesiones Crónicas. Instituto Catalán de Salud. Barcelona, España.*
- *Dª Elena Castellano Rioja. Enfermera. Facultad de Enfermería. Universidad Católica de Valencia, España.*
- *D. David Fernández García. Enfermero. Facultad de Enfermería. Universidad Católica de Valencia, España.*
- *Dª Begoña Fornes Pujalte. Enfermera. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, España.*
- *D. Francisco García Collado. Enfermero. Unidad Gestión Clínica San Juan de Aznalfarache. Sevilla, España*
- *D. Pedro Gil Manso. Podólogo. Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol. Universidad de A Coruña. España.*
- *Dª Uxía Gutiérrez Couto. Bibliosaúde, Biblioteca Virtual del Sistema Público de Salud de Galicia (Sergas).*
- *Dª Lydia Landete Belda. Enfermera. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, España.*
- *D. Raúl Lara Hernández. Médico Especialista en Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca, España.*
- *D. Ramón López De Los Reyes. Médico Especialista en Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, España.*
- *D. Víctor Lucha Fernández. Enfermero. Centro de Salud Santa Faz. Alicante, España.*
- *D. Fernando Maicas Maicas. Enfermero. Centro de salud de Cella. Teruel, España.*
- *D. Severiano Marín Bertolín. Médico Especialista en Cirugía Plástica. Hospital General Universitario de Valencia, España.*
- *D. Ángel Alfredo Martínez Ques. Enfermero. Centro de Salud de Castro Caldelas. Ourense, España.*
- *D. Alfred Vicent Murillo Escutia. Enfermero. Cátedra de Integridad y Cuidado de la Piel. Universidad Católica de Valencia, España.*
- *D. Vicente Oliver Martínez. Médico especialista en Dermatología. Hospital General Universitario de Valencia, España.*
- *D. Camilo Raña Lama. Enfermero. Unidad de Apoyo en Heridas y Curas en Ambiente Húmedo. Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña, España.*
- *D. Javier Sánchez Gálvez. Enfermero. Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Murcia, España.*
- *Dª Concepción Sierra Talamantes. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, España.*
- *D. Joaquín Todoli Faubell. Médico Especialista en Angiología y Cirugía Vascular. Policlínica Roquetas de Mar. Almería, España.*
- *D. Álvaro Villar Hernández. Enfermero. Asociación de Epidermiolisis Bullosa, DEBRA España.*
- *Dª Violeta Zaragozá Ninet. Médico. Especialista en Dermatología. Hospital General Universitario de Valencia, España.*

Colaboradores Internacionales:

- *D. Diego Germán Cristal. Enfermero. Hospital Pediátrico Alexander Fleming. Mendoza, Argentina.*
- *Dª Mª del Rocío González García. Enfermera. Escuela de enfermería Santa María. Sociedad Científica Uruguaya de Heridas. Montevideo, Uruguay.*
- *D. Luis Manuel Ortiz Camberos. Médico especialista en Cirugía, Medicina Hiperbárica, Heridas y Úlceras. BIOXMEDICAL. Tabasco, México.*
- *D. Alexandre Marques Rodrigues. Enfermero. Universidade de Aveiro, Portugal.*
- *D. Paulo Jorge Pereira Alves. Enfermero. Universidade Católica Portuguesa. Centro Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS). Viseu, Portugal.*
- *D. Carlos Segovia Donoso. Enfermero. Hospital Clínico Mutual de Seguridad. Santiago de Chile, Chile.*

EDITORIAL:

Edita: Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC).
Dirección postal: C/ Avda. Blasco Ibáñez 64, entresuelo, 46021. Valencia (España). **Correo:** anedidic@gmail.com
ISSN-e: 2386-4818 / **ISSN:** 1888-3109 / **Depósito Legal:** V-2260-2007. **Correo revista:** revista.enf.dermatologica@gmail.com
Web ANEDIDIC: www.anedidic.com **Web revista online**: www.enfermeriadermatologica.anedidic.com

Sumario

2 Comité Editorial

3 Sumario

4 Boletín de Suscripción

5 Normas de publicación

6 Noticias ANEDIDIC

EDITORIAL CIENTÍFICA

7 **Las manos limpias son cuidados seguros.**
Cortizas-Rey JS, Rumbo-Prieto JM.

FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

11 **Proyecto de innovación docente sobre fotoprotección en un centro educativo.**
Samaniego-Ruiz MJ, Cambil-Martín J.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

19 **Proyecto Incidencia y diagnóstico de lesiones dermatológicas en usuarios de 0-14 años en un centro de atención primaria urbano.**
Villa-García L, Tierz-Puyuelo S, Fructuoso-Aroca L, Mulero-Madrid A, Martínez-González S, Serra-Molist I, Raventós-Jurado P, Calabia-Martínez M, Giner-Piqueras A, Guerrero-Palmero A, Rueda-López J.

27 **Úlceras por calcifilaxis: ¿cuidados paliativos o desbridamiento?**
Fornes-Pujalte B, Pastor-Orduña Mi, Diez-Fornes P, Sierra-Talamantes C, Palomar-Albert D, Zamora-Ortiz J, Palomar-Llatas F.

35 **Escala para la medición del grado autopercibido de afinidad del mosquito antropofílico común.**
Sáez-Álvarez EJ, Medrano Abalos P.

CASOS CLÍNICOS

41 **Caso clínico de paniculitis caracterizado por tumoración subcutánea en muslo.**
Palomar-Llatas F, Zamora-Ortiz J, Fornes-Pujalte B, Sierra-Talamantes C, Palomar-Albert D, Díez-Fornes P.

DERM@RED

45 **El blog "urgencias y emergencias" y su iniciativa #NOALPLAGIO**
Arantón-Areosa L.

CARTAS AL DIRECTOR

48 **Dermatitis de contacto relacionada con solución hidroalcohólica.**
Rumbo-Prieto JM, Cortizas-Rey JS.

ANEDIDIC

ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA E INVESTIGACIÓN DEL DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA.

www.anedidic.com anedidic@gmail.com

Constituyen los fines de esta Asociación los enumerados en el Artículo 4º de los Estatutos:

- Impulsar la investigación en el campo de la enfermería y principalmente el referente en los cuidados de la piel.
- Contribuir a la formación continuada del post grado.
- Normalizar y consensuar guías de práctica clínica en el proceso del Deterioro de la Integridad Cutánea.
- Realizar y estimular publicaciones científicas por mediación de un boletín de la Asociación y reflejarlo a su vez en la creación de una página Web profesinal-científica.

Podrán ser miembros de la Asociación todas las personas físicas y jurídicas que, libre y voluntariamente, tengan interés en el desarrollo de los fines de la asociación con arreglo a los siguientes principios:

- Las personas físicas con capacidad de obrar y que no estén sujetas a ninguna condición legal para el ejercicio del derecho.
- Que estén en posesión del título de practicantes, ATS, Diplomados o Grado en Enfermería, así como aquellas personas que tienen interés en servir a los fines de la misma. Éstos últimos se denominarán colaboradores y no podrán superar el veinte por ciento del total de miembros asociados de la misma.
- Podrán ostentar la condición de colaborador aquellas personas de reconocida valía en el campo de actuación de la Asociación.

Para poder ser miembro, así como colaborador de la Asociación, los interesados deberán presentar una solicitud por escrito a la Junta Directiva, y ésta resolverá en la primera reunión que celebre. Si el solicitante se ajusta a las condiciones exigidas en los estatutos, la Junta Directiva no le podrá denegar su admisión.

BOLETIN de SUSCRIPCIÓN – ANEDIDIC

Deseo darme de ALTA en la Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC), cuya cuota anual es de:

Marcar "X" en opción correspondiente

❑ 30 € - Socio particular ❑ 60 € - Socio Institucional

Nombre:	
Apellidos:	
Dirección:	C. Postal:
Población:	Provincia:
Profesión:	DNI:

Centro de Trabajo:	
Servicio / Unidad:	
Dirección:	C. Postal:
Población:	Provincia:

Teléfono de contacto:
E-mail:

El pago de la cuota puede hacerse de las siguientes formas:

- **GIRO POSTAL** a favor de ANEDIDIC.
  Avda Blasco Ibañez 6, entresuelo. 46021. Valencia
- **TRANSFERENCIA Bancari**a a favor de ANEDIDIC en:
  BANKIA. Sucursal Tres Forques. Valencia.

Nº Cuenta: 2038 6500 66 6000000942 – **IBAN:** ES48 2038 6500 6660 0000 0942

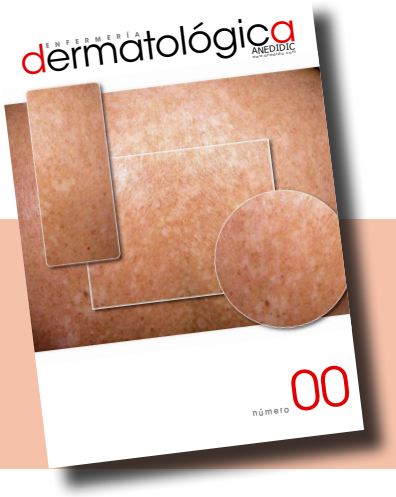
- **DOMICILIACIÓN BANCARIA:**

Entidad Bancaria:	
Dirección:	C. Postal:
Población:	Provincia:

Deseo darme de ALTA en la Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC), cuya cuota anual de 30 €, se pasará al cobro bancario en la cuenta (Indicar IBAN o Nº cuenta):

Nº Cuenta:	
IBAN:	

Firma del Titular:



Una vez realizada la transferencia, giro postal o domiciliación, debe enviar una fotocopia de la misma, junto con este boletín de inscripción, por correo postal o por correo electrónico:

Por correo postal a: ANEDIDIC. Avda. Blasco Ibáñez 64, entresuelo, 46021. Valencia

Por correo electrónico a: anedidic@gmail.com

La condición de socio de ANEDIDIC por un año, además de todas las ventajas y descuentos en todos los eventos organizados por ANEDIDIC, le permite recibir por correo electrónico los archivos en Pdf, correspondientes a cada uno de los 3 números que se publican de la Revista Enfermería Dermatológica (periodicidad cuatrimestral).

Información y normas de publicación para los autores

Revista Enfermería Dermatológica.
Abreviatura: Enferm Dermatol.

Periodicidad cuatrimestral (3 números al año)

ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA es una revista científica participativa, plural y abierta a todos los profesionales que tengan como actividad directa o indirecta el manejo y cuidado de la piel, así como la prevención y tratamiento de las enfermedades que la afectan. Es por tanto una revista orientada al desarrollo de la Enfermería y otras profesiones afines a las Ciencias de la salud como la Medicina, Podología, Farmacología, Psicología, etc.

Publicará preferentemente artículos científicos resultantes de investigación empírica, experiencias clínicas y artículos metodológicos, así como divulgación de proyectos, protocolos y reflexiones críticas de interés pedagógico, científico e histórico sobre el cuidado de la piel, dermatología, dermocosmética, úlceras y heridas agudas y crónicas. Periodicidad cuatrimestral (3 números al año). La difusión se realiza al finalizar cada cuatrimestre.

Los artículos originales y los casos clínicos, para ser publicados han de cumplir los siguientes requisitos:

- El estudio de investigación debe ser inédito; la responsabilidad de los contenidos corresponde únicamente al autor o autores.
- Debe protegerse el anonimato de los pacientes o usuarios, siendo responsabilidad de los autores salvaguardar los aspectos éticos del trabajo, garantizando que los casos expuestos cuentan siempre con el debido consentimiento informado.

Todos los artículos de investigación han de estar escritos en español y deben seguir el formato del *"formulario para el envío de artículos científicos"* descargable desde la página web: www.anedidic.com; serán enviados al correo electrónico: revista.enf.dermatologica@gmail.com

El autor o autores, deberán dirigir una carta de solicitud de publicación, en la que incluya la declaración expresa de autoría, su grado académico, situación profesional, dirección postal, dirección electrónica y teléfono, indicando a donde debemos dirigirle la correspondencia.

Todos los trabajos enviados a la revista serán sometidos a un proceso de revisión por expertos, que determinará objetivamente su aceptación o no en función de la pertinencia y la calidad de la investigación. El Proceso de revisión utilizado será el de las revistas indexadas en Cuiden (http://www.index-f.com/index-enfermeria/revision.php).

Los artículos publicados tendrán licencia Creative Commons de Reconocimiento – No Comercial – Compartir Igual (BY-NC-SA). El acceso a los contenidos de la revista será en la modalidad Open access (Acceso abierto sin restricciones).

Tipos y características de los artículos admitidos según las secciones de la Revista Enfermería Dermatológica:

1) **Editorial**: Artículo de opinión sobre actualidad relacionada con la revista y su temática. Se realizará por indicación del Comité Editorial.

2) **Formación Dermatológica**: Artículos teóricos, de revisión, de opinión, experiencias formativas, artículos sobre educación sanitaria o difusión de técnicas de prevención o tratamiento. Los artículos enviados no sobrepasarán las 15 páginas DIN A4 (incluidas ilustraciones y bibliografía), con tipo de letra arial 12 e interlineado sencillo.

3) **Trabajos de investigación**: Serán trabajos originales realizados en alguna de las áreas asistencial, investigadora, docente o de gestión, relacionados con la temática de la revista, así como artículos de carácter especial que el Comité Editorial estime de relevancia pedagógica y asistencial. Los artículos enviados no sobrepasarán las 25 páginas DIN A4 (incluidas ilustraciones y bibliografía), el tipo de letra será arial 12 y el interlineado sencillo.

4) **Casos Clínicos**: Exposición de experiencias clínicas, estudios excepcionales o aplicación de nuevas técnicas, relacionadas con la temática de la revista. Estos artículos no sobrepasarán las 10 páginas DIN A4 (incluidas ilustraciones y bibliografía), con tipo de letra arial 12 e interlineado sencillo.

5) **Notas científicas**: Exposición de comunicaciones, proyectos de tesis doctoral o comentarios de artículos científicos de excepcional interés, que supongan una aportación relevante al conocimiento en relación a la temática de la revista. Los artículos enviados no sobrepasarán las 5 páginas DIN A4 (incluidas ilustraciones y bibliografía), con tipo de letra arial 12 e interlineado sencillo.

6) **Miscelánea**: Artículos de carácter histórico y otro tipo de artículos relacionados con la temática de la revista que no se encuadran en alguna de las secciones anteriores. Los artículos enviados no sobrepasarán las 15 páginas DIN A4 (incluidas ilustraciones y bibliografía), con tipo de letra arial 12 e interlineado sencillo.

7) **Derm@red**: Artículos sobre recursos de internet y Tecnologías de la información (TIC) relacionadas con la temática de la revista. Los artículos enviados no sobrepasarán las 5 páginas DIN A4 (incluidas ilustraciones y bibliografía), con tipo de letra arial 12 e interlineado sencillo.

8) **Reseñas bibliográficas**: Comentarios de libros relacionados con la temática de la revista. Los artículos enviados no sobrepasarán las 5 páginas DIN A4 (incluidas ilustraciones y bibliografía), con tipo de letra arial 12 e interlineado sencillo.

9) **Actualidad**: Noticias sobre de eventos, premios, normativas, etc. en el área de la dermatología y cuidados de la piel. Los artículos enviados no sobrepasarán las 2 páginas DIN A4 (incluidas ilustraciones), con tipo de letra arial 12 e interlineado sencillo.

10) **Recomendaciones ANEDIDIC**: Guías y protocolos clínicos realizados, avalados y/o acreditados por ANEDIDIC. Se realizará por indicación del Comité Editorial.

11) **Cartas al Director**: Comentarios, observaciones o críticas en relación con los trabajos publicados recientemente en la revista, así como experiencias o revisiones que por sus características puedan ser resumidas en un texto breve. Los artículos enviados no sobrepasarán las 3 páginas DIN A4 (incluidas ilustraciones y bibliografía), con tipo de letra arial 12 e interlineado sencillo.

Como norma general, los manuscritos deben elaborarse siguiendo las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (http://www.icmje.org/recommendations/translations/spanish2015.pdf). Las referencias bibliográficas deben citarse en formato Vancouver (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

Los autores, al enviar los trabajos para su publicación, están aceptando las presentes normas y la decisión final acerca de la aceptación o rechazo del artículo para publicación.

Noticias ANEDIDIC

Estimados compañeros y amigos: nos complace anunciaros la fecha de nuestro próximo congreso:

Recordar, como siempre, que la revista Enfermería Dermatológica y la asociación ANEDIDIC, están accesibles en las redes sociales Facebook, Twitter y en Linkedin.

https://twitter.com/anedidic

https://www.linkedin.com/in/enfermdermatol/

http://www.facebook.com/RevistaEnfermeriaDermatologicaAnedidic

Y como siempre, animaros a participar en nuestra/vuestra revista aportando todos los trabajos que consideréis oportuno enviar, para su valoración por el Comité Editorial y posterior publicación en la revista.
http://enfermeriadermatologica.anedidic.com

ANEDIDIC
www.anedidic.com anedidic@gmail.com
ASOCIACIÓN NACIONAL de ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA e INVESTIGACIÓN del DETERIORO de la INTEGRIDAD CUTÁNEA

LAS MANOS LIMPIAS SON CUIDADOS SEGUROS

THE CLEAN HANDS ARE SAFE CARES

Autores: Juan Santiago Cortizas-Rey [1], José María Rumbo-Prieto[2,3] [*].

(1) MSc, RN. Supervisor de Control de Infección y Esterilización. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.
(2) PhD, MSc, BSN, RN. Supervisor de Cuidados, Investigación e Innovación. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.
(3) Grupo de investigación de Integridad y Cuidados de la Piel. Universidad Católica de Valencia.

Contacto (*): jmrumbo@gmail.com

Fecha de recepción: 08/04/2019
Fecha de aceptación: 26/04/2019

Cortizas-Rey JS, Rumbo-Prieto JM. Las manos limpias son cuidados seguros. Enferm Dermatol. 2019; 13(36): 7-10. DOI: 10.5281/zenodo.2911656

EDITORIAL:

A lo largo de la historia, el lavado de manos con agua y jabón (higiene epidérmica de la capa externa de la piel) ha sido considerado como una parte del aseo e higiene personal y un acto purificador en ceremonias religiosas. Es un antiguo documento de 1199, es donde se hace por primera vez mención del valor que tiene el lavado y la limpieza de las manos para mantener una buena salud, escrito por el médico judío Maimónides, y donde aparece la frase: *"Nunca olvide lavar sus manos después de tocar a una persona enferma…"* [1].

El concepto actual de higiene de manos con un agente antiséptico surgió, supuestamente a principios del siglo XIX a raíz de que farmacéutico francés AG Labarraque, demos-trase en 1822 que las soluciones cloradas de cal o de sosa erradicaban los malos olores asociados a los cadáveres humanos, y que tales soluciones se podían usar como desinfectantes y antisépticos[2,3].

Sin embargo, los primeros hallazgos sobre la necesidad del lavado de manos se dan en 1846, cuando el ginecólogo húngaro Semmelweis promulgó científicamente su "teoría de la asepsia de manos" para el personal sanitario; al estudiar las causas de porqué en el Hospital General de Viena existía una alta tasa de complicaciones infecciosas (fiebre puerperal y sepsis por parto) en las mujeres parturientas que eran atendidas por los médicos y residentes, en comparación con aquéllas que parían ayudadas por matronas[4]. A pesar de sus hallazgos y evidencias, sus hipótesis fueron rechazadas por la medicina de la época[5]. Siendo, a finales del siglo XIX, a partir de 1870, cuando el cirujano inglés Lister empezó a usar agentes desinfectantes en las heridas quirúrgicas y, además, utilizarlos para la desinfección de los instrumentos quirúrgicos y la asepsia de las manos de todos los miembros del equipo quirúrgico, como medida para la eliminación de la flora microbiana transitoria de la piel[6,7].

Ya en el siglo XX, en 1975 el Centers for Disease Control (CDC, Atlanta) publicó las primeras pautas sobre la práctica del lavado de manos en hospitales [3,8]. Estas pautas recomendaban el uso del jabón neutro tras un contacto con el paciente y el lavado con jabón antimicrobiano antes y después de realizar procedimientos invasivos o en el cuidado de pacientes de alto riesgo. Posteriormente, en 1985 el CDC promulgó que el uso de agentes antisépticos sin agua o desinfección alcohólica de las manos sería recomendado cuando los lavabos con jabón no estuvieran disponibles[3,9] (**Figura 1**).

Figura 1: Fricción de las manos con solución hidroalcohólica (imagen: Sterillium®).

Por otro lado, entre los años 1985-86 el Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC, EE.UU), publicó las recomendaciones del uso de un jabón antimicrobiano o un agente antiséptico en seco para la desinfección de las manos, a la salida de las habitaciones de los pacientes infectados por patógenos multirresistentes[3,10,11].

Actualmente, las recomendaciones más recientes del CDC sobre lavado de manos, uso de solución hidroalcohólica e higiene de manos son del año 2002[3], las cuales han sido consensuadas e implantadas en todos los hospitales, a nivel mundial.

Hoy por hoy, organismos internacionales como la OMS (Organización Mundial de la Salud), difunden que la higiene de manos es considerada una acción sanitaria muy simple y fundamental para reducir la incidencia y la propagación de los microorganismos multiresistentes y la prevención de las infecciones nosocomiales o infecciones asociadas con la atención sanitaria (IAAS); por esa razón el lavado de manos con soluciones antisépticas constituye un elemento esencial en el control de las infecciones hospitalarias[12]. Sin embargo, el cumplimiento de las normas de higiene de manos es muy escaso en todo el mundo (entre el 5% y el 60%) [3,6,12-14], por lo que las autoridades e instituciones sanitarias deberían velar, observar y controlar por implementar y realizar adecuadamente el procedimiento de lavado de manos por ser una buena práctica clínica (basada en la evidencia) y eficaz para la seguridad del paciente.

Y, desde el punto dermatológico, *¿Por qué es importante el lavado epidérmico de las manos?* Evidentemente, como se describe en el título, porque unas manos limpias garantizan unos cuidados seguros y sin riesgo de IAAS.

El cuerpo humano, desde que nacemos, está colonizado por muchos microorganismos (bacterias, hongos y algunos parásitos) que viven en la superficie de la piel y en todas las membranas mucosas, a la que denominamos “flora microbiana normal”. Esta flora tiene la función de protegernos de la contaminación de otros microorganismos más virulentos y también estimular respuestas protectoras para nuestro desarrollo y crecimiento[15].

En las manos de una persona podemos encontrar dos tipos de flora, “la transitoria”: constituida por microorganismos no habituales que contaminan la piel accidentalmente (se adquiere por contacto con personas y objetos), se suele localizar en capas superficiales de la piel y suele ser la responsable de las IAAS; y la “flora residente”: microorganismos que se encuentran habitualmente en la piel humana localizada en capas profundas [16,17].

Según las recomendaciones de la OMS[12], la Joint Commission[18] y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) [3,19], una correcta descontaminación de las manos (higiene epidérmica de las manos) es el

método más simple y efectivo para reducir las infecciones cruzadas o IAAS.

Por otro lado, en nuestro ámbito de actuación, para la asepsia de las manos, los principales productos disponibles son [16-18]: los jabones sin antiséptico (sales potásicas o sódicas), compuestos halogenados (yodo y yodóforos), alcoholes (isopropanol y etanol), biguanidas (gluconato de clorhexidina), fenoles (hexa-clorofeno, triclosán y cloroxilenol), y compuestos de amonio cuaternario (cloruro de benzalconio).

En el medio sanitario, por lo general están instaurados dos tipos de procedimientos para la descontaminación de las manos:

1. Lavado higiénico de manos: mediante frotación vigorosa de las manos utilizando un jabón sin antiséptico.

2. Antisepsia de manos: que incluye, dos procedimientos[2-4]:

2.1. **Lavado de manos con jabón antiséptico**: frotación vigorosa de las manos utilizando solución jabonosa de clorhexidina al 4% o povidona yodada al 7,5%.

2.2. **Antisepsia de manos con solución hidroalcohólica:** frotación vigorosa de las manos utilizando solución de base alcohólica con isopropanol al 2%.

Además, existen evidencias en la literatura científica que describen que la frecuencia de IAAS puede ser reducida hasta en un 50% cuando los profesionales sanitarios se lavan las manos regularmente[12,16-18]. La realidad es que los profesionales sanitarios nos lavamos las manos menos de la mitad que lo que deberíamos. Observaciones rutinarias y periódicas evidenciaron cierta variabilidad significativa respecto al número de oportunidades, dependiendo del tipo de servicio hospitalario y una escasa adherencia y cumplimento del procedimiento. Los índices de referencia a nivel mundial están entre el 5% y el 81%, con una media del 40-49%[6, 20-33].

En estudios observacionales y epidemiológicos llevados a cabo en distintos hospitales, se cuantificó que los profesionales sanitarios se lavan las manos un promedio de entre 5-30 veces por turno[6], y que supone una media entre el 3% y 17% del tiempo de trabajo que se puede llegar a invertir [24]. También, se ha observado una escasa duración en el tiempo que se dedica al correcto lavado de manos (una media entre 6,6 y 24,0 segundos)[6]. Así como, ver que a menudo no cubre durante el lavado todas las superficies de sus manos y dedos; saltándose alguno de los pasos recomendados por la OMS [6,20-30].

Entre las causas de este pobre cumplimiento están: el desconocimiento de este problema, la escasa disponibilidad de puntos de lavado, la no apariencia (o no conciencia) de manos sucias, el tiempo que requiere esta maniobra, sobrecarga de trabajo, insuficiente disponibilidad de espacios cómodos para la higiene de manos, la intolerancia a productos utilizados, escasa voluntad y el mal empleo del guante creyendo muchas veces que este reemplaza el lavado de manos, irritaciones de la piel producidas por los productos de lavado, etc.[6,20-30].

En definitiva, 20 años después (2009-2019) seguimos afrontando el primer reto mundial por la seguridad de los pacientes de la OMS, cuyo objetivo es reducir las IAAS y que se enmarca bajo el epígrafe *"una atención limpia es una atención segura"*[12]. No podemos bajar la guardia, se hace necesario abordar diversas estrategias de intervención entre las cuales tendrán un papel crucial las que vayan dirigidas a mejorar el grado de cumplimiento de las recomendaciones sobre la higiene de manos y a la monitorización continua del proceso.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Sabater Bori C. Lavado de Manos. Uso de soluciones hidroalcohólicas. Uso correcto de guantes. En: Merino Plaza MJ, coordinadora. La seguridad del paciente. Un reto para la asistencia sanitaria. Madrid: RC Libros; 2012. p. 46.

2. Labarraque AG. [Editor], Porter J [Traslated]. Instructions and observations concerning the use of the chlorides of soda and lime. New Haven (Connecticut): Baldwin and Treadway; 1829.

3. Boyce JM, Pittet D, et al. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings.Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. MMWR [online]. 2002; 51(No. RR-16).

4. López Cerezo JA. Ignaz Semmelweis y los orígenes de la medicina antiséptica. En: López Cerezo JA, editor. El triunfo de la antisepsia: un ensayo en filosofía naturista de la ciencia. [epub]. México: Fondo de Cultura Económica (FCE); 2011. p. 17-39.

5. Nuland SB. El enigma del doctor Ignac Semmelweis: fiebres del parto y gérmenes mortales. Barcelona: Antoni Bosch Editor, S.A.; 2008.

6. Menárguez Palanca MC. Impacto de un programa docente sobre la higiene de manos en un hospital general. [Tesis Doctoral]. Madrid: Facultad de Medicina. Departamento de Microbiología I. Universidad Complutense de Madrid; 2010.

7. López Cerezo JA. Lister y el triunfo de la medicina antiséptica. En: López Cerezo JA, editor. El triunfo de la antisepsia: un ensayo en filosofía naturista de la ciencia. [epub]. México: Fondo de Cultura Económica (FCE); 2011. p. 110-117.

8. Steere AC, Mallison GF. Handwashing practices for the prevention of nosocomial infections. Ann Intern Med. 1975; 83:683-90.

9. Garner JS, Favero MS. CDC guideline for handwashing and hospital environmental control, 1985. Infect Control 1986; 7:231-43.

10. Various authors. Recommendations for preventing the spread of vancomycin resistance. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Am J Infect Control. 1995; 23(2):87-94.

11. Garner JS. Guideline for isolation precautions in hospitals. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Infect Control Hosp Epidemiol. 1996; 17(1):53-80.

12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud: Resumen. [online] Suiza: OMS; 2009.

13. Canales F, Salazar M. Efectividad del lavado de manos prequirúrgico con cepillo y sin cepillo. Rev Enfermería Actual de Costa Rica. 2013; 25:1-10.

14. Zamudio-Lugo I, Meza-Chávez A, Martínez-Sánchez Y, Miranda-Novales MG, Espinosa-Vital JG, Rodríguez-Sing R. Estudio multimodal de higiene de manos en un hospital pediátrico de tercer nivel. Bol Med Hosp Infant Mex. 2012; 69(5):384-90.

15. Rosenthal Pfaller M. Microbiología Médica. 7ª Edición. Barcelona: Elsevier España, SL; 2014. p. 6.

16. Grupo de trabajo de higiene de manos de la comisión INOZ. Guía de Higiene de Manos para Profesionales Sanitarios. [Monografía online] País Vasco: Subdirección de Calidad. Organización Central de Osakidetza; 2009.

17. Toribio Felipe R. Higiene de manos en los centros sanitarios. Documentos para directivos y responsables de la higiene de manos. [monografía online]. Plasencia: Consejería de Sanidad y Dependencia. Servicio Extremeño de Salud; 2010.

18. Consensus Measurement in Hand Hygiene (CMHH) Project. Measuring hand hygiene adherence: overcoming the challenges. [online] USA: The Joint Commission; 2009.

19. Comisión Asesora para la Vigilancia y Control de las Infecciones Hospitalarias del Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones sobre la higiene de manos y uso correcto de guantes en los centros sanitarios. [online]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Consejería de Salud; 2005.

20. Anaya-Flores VE, Ortiz-López S, Hernández-Zárate VE, García-Hernández A, Jiménez-Bravo L, Ángeles-Garay U. Prevalencia de lavado de manos y factores asociados al incumplimiento. Estudio de sombra. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2007; 15 (3): 141-6.

21. Pidal P, Lillo R. Motivos del pobre cumplimiento de la higiene de manos entre los trabajadores hospitalarios. Rev Chil Infectol. 2010; 27(5): 435-6.

22. González Cuenca S. Intervención multimodal para mejorar la adherencia a la higiene de manos y disminuir la incidencia de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria. [Trabajo de Grado]. Lleida: Facultad de Enfermería. Universidad de Lleida; 2014.

23. Public Health Agency of Canada. Hand Hygiene Practices in Healthcare Settings. [Online]. Ottawa (Canada): Centre for Communicable Diseases and Infection Control. Public Health Agency of Canada; 2012.

24. Maigua Guallasamin GA. Evaluación de la adhesión de lavado clínico de manos en el personal de salud que laboran en los distintos Servicios del Hospital Provincial General de Latacunga ciudad, Latacunga diciembre 2014 a febrero 2015. [Tesis de Grado]. Latacunga: Escuela Nacional de Enfermería. Universidad Central de Ecuador; 2015.

25. Tenías JM, Mayordomo C, Benavent ML, San Félix Micó M, García Esparza MA, Oriola RA. Impacto de una intervención educativa para promover el lavado de manos y el uso racional de guantes en un hospital comarcal. Rev Calidad Asistencial. 2009;24(1):36-41.

26. Dierssen-Sotosa T, Robles-García M, Valbuena-Moyab S. Lavado de manos: experiencias de dos comunidades autónomas. Med Clín (Barc). 2008; 131(supl. 3): 60-3.

27. Peña-Viveros R, Rodríguez-Moctezuma JR, López-CarmonaJM, Martínez-Hernández MT, Naranjo-Delgado O. Conocimientos y conductas del personal de salud sobre el lavado de manos en un servicio de emergencias. Revista Mexicana de Medicina de Urgencias. 2002; 1(2): 43-7.

28. Creedon SA. Healthcare workers' hand decontamination practices: compliance with recommended guidelines. J Adv Nurs. 2005; 51(3):208-16.

29. Acuña Zafra E, Marchena Rubiano B, Sarmiento Villa G, Camacho Romero O. Cumplimiento de las Políticas Relacionadas con la Asepsia y Consumo de Antimicrobiano asociado a la Atención en Salud en un Hospital de Barranquilla. Cienc Innov Salud. 2014; 2 (2):70-5.

30. Busby SR, Kennedy B, Davis SC, Thompson HA, Jones JW. Valorar la concienciación del paciente acerca de la higiene de las manos. Nursing. 2016; 33(1): 63-66.

PROYECTO DE INNOVACIÓN DOCENTE SOBRE FOTOPROTECCIÓN EN UN CENTRO EDUCATIVO

TEACHING INNOVATION PROJECT ON PHOTO-PROTECTION IN AN EDUCATIONAL CENTER

Autores: María Jesús Samaniego-Ruiz [(1) (*)], Jacobo Cambil-Martín [(2)]

(1) Enfermera. Zona básica de salud Benamaurel, Granada.
(2) Enfermero, Doctor por la Universidad de Granada. Departamento Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Granada.

Contacto (*): mariaje88@gmail.com

Fecha de recepción: 19/03/2019
Fecha de aceptación: 29/04/2019

Samaniego-Ruiz MJ, Cambil-Martín J. Proyecto de innovación docente sobre fotoprotección en un centro educativo. Enferm Dermatol. 2019; 13(36): 11-18. DOI: 10.5281/zenodo.2912922

RESUMEN:

Se realiza una propuesta para aplicar las recomendaciones del Distintivo Soludable de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía en un centro educativo con el fin de reforzar y mantener la cultura de promoción de la salud en fotoprotección. Es un proyecto que va implicar la participación del equipo directivo del centro, el profesorado y alumnado para incorporar los 14 criterios de recomendación sobre fotoprotección a aplicar por etapas. La intervención educativa descrita servirá como eje transversal de desarrollo del distintivo, permitiendo que los más jóvenes tomen conciencia de la importancia de la fotoprotección y actúen en consecuencia. Esta propuesta constituye una forma de intervención para mejorar la salud de la población, avanzando en la integración de la promoción de la salud desde los centros educativos.

Palabras clave: Distintivo Soludable, Protección Solar, Promoción de la Salud, Educación en Salud, Salud Escolar, Educación Primaria y Secundaria.

ABSTRACT:

A proposal is made to apply the recommendations of the Soludable Distinctive of the Health Quality Agency of Andalusia in an educational center in order to reinforce and maintain the culture of health promotion in photoprotection. It is a project that will imply the participation of the center's management team, teachers and students to incorporate the 14 recommendations criteria on photo-protection to be applied in stages. The educational intervention described will serve as the transversal axis of the development of the badge, allowing the youngest to become aware of the importance of photo-protection and act accordingly. This proposal constitutes a form of intervention to improve the health of the population, advancing in the integration of health promotion from educational centers.

Keywords: Soludable Distinctive, Solar Protection, Health Promotion, Health Education, School Health, Primary and Secondary Education

INTRODUCCIÓN:

La necesidad de realizar intervenciones de educación para la salud (EpS) en los centros educativos viene recomendada desde diversas entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Consejo de Europa y la Comisión Europea[1].

La EpS es un modo efectivo de promover la adopción de estilos de vida saludables a largo plazo y el único camino para que llegue a los grupos de población más jóvenes, independientemente de factores como clase social, género, o el nivel educativo alcanzado por sus padres y madres[2]. Las iniciativas en promoción de la salud han aumentado y se han ido desarrollando en diferentes líneas de actuación e instituciones con el propósito de prestar una atención integral. Desde el Ministerio de Sanidad se desarrolla anualmente el plan nacional de actuaciones preventivas de los efectos de las altas temperaturas. Se divulgan los consejos de la Agencia Española de Medicamentos sobre protección solar en verano[3], ya que siguiendo estos consejos se pueden evitar los efectos adversos de la exposición al sol, siendo más frecuentes y perjudiciales en esta época del año.

Concretamente, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), como entidad certificadora de la calidad sanitaria[4], acreditó en el 2014 a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada con el Distintivo Manos Seguras (DMS) como institución promotora de salud sobre higiene de manos y prevención contra las infecciones. De este modo, la Facultad se convirtió en un centro mentor del DMS para otras Facultades interesadas en la cultura de seguridad del paciente y en un centro de educación superior pionero en España en conseguir este tipo de acreditaciones[5].

En el año 2015 y en su empeño por promover la calidad en diferentes entornos, la ACSA incluyó el sector escolar entre sus ámbitos de certificación con el Distintivo Soludable[6]. Esta propuesta de la Agencia Sanitaria Costa del Sol aborda una intervención innovadora de promoción en fotoprotección, pionera en el panorama nacional y en estrecha colaboración con las estructuras educativas.

El Distintivo Soludable es una aplicación que permite a los centros educativos de Educación Infantil, Primaria y Secundaria realizar una autoevaluación estructurada y con ella el reconocimiento de las mejoras posibles para impulsar la educación en fotoprotección. Está inspirado en el modelo australiano SunSmart School[7]. Este sistema de acreditación de centros escolares en fotoprotección fue el primero en ser reconocido a nivel mundial por su mejora evidenciada en los hábitos de exposición solar y en las tasas de quemaduras solares de los escolares[8]. Igualmente existen otros países que también presentan una elevada concienciación social sobre el cáncer de piel y donde la fotoprotección está incorporada en el currículo escolar como son Nueva Zelanda, EE.UU, Gran Bretaña, Alemania o Suiza[4].

En España, el currículo escolar carece de contenidos específicos en fotoprotección; sin embargo, existen iniciativas como el programa “SolSano” en la Comunidad de Aragón que con más de 15 años de funcionamiento ha demostrado una mejoría tanto en conocimientos como en hábitos de fotoprotección entre niños de 6 y 8 años[9]. Otro ejemplo de intervención en fotoprotección es el proyecto llevado a cabo por alumnas de un máster en enfermería escolar que consistió en la realización de talleres teórico-prácticos sobre fotoprotección a escolares entre 3 y 12 años en 88 colegios de Valencia durante tres años[10]. Además de la formación a alumnos, otras iniciativas han incluido estrategias de formación del profesorado, así como la implementación de la acreditación de los centros escolares.

Éste es el caso del proyecto de fotoprotección escolar "Disfruta del Sol sin dejarte la Piel", desarrollado por un equipo multidisciplinar de profesionales del Hospital Costa del Sol, el Distrito Sanitario Costa del Sol y el Centro de Profesorado de Marbella-Coín.

Y es que los niños son uno de los grupos poblacionales en los que más debe extremarse la fotoprotección. Algunos estudios demuestran que la exposición a la Radiación Ultravioleta (RUV) y las quemaduras durante la infancia son un factor de riesgo fundamental para el desarrollo de cáncer de piel en la edad adulta[11]. Teniendo en cuenta que la cantidad de exposición solar se produce en un 70% antes de los 25 años y las alteraciones cutáneas como consecuencia de esta exposición excesiva se presentan a corto plazo (quemaduras) o a los 20-30 años después de dicha exposición (fotoenvenjecimiento, cáncer cutáneo)[12]. Se ha constatado que hasta el 80% del cáncer de piel podría evitarse con unos hábitos de fotoprotección adecuados desde la infancia[4]. No obstante, cada vez se diagnostican más casos por los hábitos poco saludables de exposición solar intensa en cortos periodos. Los padres y madres, y los educadores juegan un papel clave en la adquisición de hábitos adecuados por parte de los menores, a quienes trasfieren no sólo sus conocimientos y actitudes, sino también sus pautas de conducta.

Por tanto, se quiere apostar por mantener una cultura de promoción de la salud en fotoprotección, en un país que disfruta de un gran número de horas de sol al año y que presenta unos índices de exposición a RUV altos o muy altos[13]. Y donde la incidencia de cáncer cutáneo ha aumentado un 38% en los últimos cuatro años y se prevé que seguirá en aumento[14].

El objetivo principal de este trabajo fue elaborar una propuesta para aplicar las recomendaciones de fotoprotección del Distintivo Soludable de la ACSA en un Centro Educativo con el fin de reforzar y mantener la cultura de promoción de la salud en fotoprotección y contando con la participación de personal docente, personal de los servicios de administración, secretaría y conserjería, y principalmente de los estudiantes.

FASES Y ETAPAS DEL PROYECTO: "Distintivo Soludable"

El Manual de aplicación de las recomendaciones establecidas por la Agencia Sanitaria Costa del Sol y la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía distingue 14 criterios agrupados en 7 dimensiones: liderazgo organizativo, comunicación efectiva, elementos estructurales, formación de los profesionales, currículo de los alumnos, modelos de conducta y hábitos de protección.

Según estos criterios, se establecen una serie de recomendaciones de fotoprotección clasificadas en dos niveles: uno básico y otro avanzado.

Los centros pueden comenzar implementando las recomendaciones más sencillas con el fin de impulsar dentro de la promoción de la salud, hábitos saludables de protección solar progresivamente. Este método por etapas ayuda a desarrollar y planificar el programa de certificación en fotoprotección de la ACSA de acuerdo con una secuencia racional de actividades.

Los componentes de la estrategia en función de sus características son adecuados para ser aplicados en tres fases diferentes: inicio, autoevaluación y seguimiento. A continuación, se detallan las tres fases:

FASE 1 (INICIO): tiene como objeto garantizar la preparación global de la institución para establecer un programa de mejora de fotoprotección, en un tiempo aproximado de 3 meses. Debería incluir las siguientes actividades:

1.1. Convencer a los altos directivos y profesionales clave del centro de que la promoción para la salud es una cuestión crucial y la mejora de las medidas de fotoprotección son de suma importancia para garantizar una buena calidad de vida.

1.2. Designar un responsable del distintivo en el centro educativo, que asumirá el papel de persona clave para la organización y coordinación de todo el proceso y ejercerá de interlocutor con la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

1.3. Iniciar el proceso de solicitud de acreditación a través de la plataforma de la ACSA.

FASE 2 (AUTOEVALUACIÓN): pretende facilitar al centro educativo el camino hacia la mejora continua y el reconocimiento externo en un periodo inferior a 9 meses. Esto incluye la obtención de los recursos necesarios, la adecuación de la infraestructura y la identificación de responsables clave para dirigir el programa de mejora de fotoprotección, incluido un coordinador y su equipo de trabajo (profesores docentes, y personal de administración, secretaría y conserjería). Deberá realizarse la planificación adecuada a fin de preparar una estrategia clara para todo el programa. A su vez, esta fase se divide en 9 sub-fases con sus correspondientes actividades.

2.1. Designar un responsable en el Centro.

2.1.1. Decidir el alcance de la implantación (centrarse en un número limitado de áreas o en todo el centro educativo).

2.1.2. Establecer el cronograma que se va seguir y velar por su cumplimiento.

2.2. Seleccionar los auto-evaluadores.

2.2.1. Seleccionar los autoevaluadores y asignarles estándares (máximo tres autoevaluadores por centro).

2.2.2. Fijar y dirigir las reuniones de los autoevaluadores (para la mejora y actualización periódica).

2.3. Designar un evaluador de la ACSA para el Centro.

2.3.1. Designar un evaluador para el centro.

2.4. Entrenar a los autoevaluadores.

2.4.1. Entrenar a los autoevaluadores en el manejo de la aplicación informática y en el seguimiento del proceso.

2.5. Completar las fichas de autoevaluación.

2.5.1. Cumplimentar las fichas de autoevaluación de la aplicación informática SOLUDABLE; realizar la autoevaluación y observaciones sobre infraestructura, percepción (si es factible) y conocimientos, así como recoger los datos sobre la observación de medidas de fotoprotección.

2.6. Compartir los hallazgos y finalizar la autoevaluación.

2.6.1. Compartir los hallazgos encontrados en la autoevaluación; difundir los resultados entre los participantes clave del programa.

2.7. Priorizar áreas de mejora.

2.7.1. Priorizar las áreas de mejora; evaluar cómo utilizar los resultados.

2.7.2. Planificar y asignar responsables a las áreas de mejora.

2.8. Desarrollar los planes de mejora.

2.8.1. Describir las actuaciones para cada área de mejora.

2.8.2. Llevar a cabo las actuaciones para cada área de mejora; preparar los recursos y apoyos necesarios para aplicar todas las recomendaciones del manual, especialmente la formación y los modelos de conducta.

2.9. Evaluar y mejorar el proceso de autoevaluación.

2.9.1. Evaluar el proceso de autoevaluación.

2.9.2. Gestionar las posibles mejoras en el proceso de autoevaluación.

FASE 3 (SEGUIMIENTO): crucial para revisar todo el ciclo de aplicación establecido durante las fases previas y desarrollar planes a largo plazo

destinados a garantizar que la mejora se mantiene y progresa. Tiene una duración aproximada de dos meses y su objetivo es implantar la fotoprotección como parte integrante de la cultura del centro educativo teniendo en cuenta que la mejora sea sostenible. Entre sus actividades se incluiría:

3.1. Analizar los resultados de la fase anterior y evaluar el efecto en indicadores clave del éxito.

3.2. Identificar las áreas que necesitan una mejora adicional, así como las lecciones aprendidas para incluir esta información en los futuros planes de actuación.

3.3. Involucrar a los altos directivos y otros líderes en la planificación a largo plazo del programa para impulsar más la mejora de la fotoprotección y recabar su apoyo y aportación.

3.4. Identificar las personas que ayudarán a difundir los éxitos del programa y responder a las preguntas sobre el mismo procedentes de fuentes externas, por ejemplo, los medios de comunicación o los especialistas en comunicación del instituto, o de Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, entre otros.

3.5. Organizar la difusión del proyecto de innovación docente en el contexto educativo mediante artículo/s en revista/s, publicaciones locales, etc.

Paralelamente a estas fases, se irán ejecutando las tareas de cada dimensión del manual de recomendaciones para obtener el reconocimiento oficial de la implantación del Distintivo Soludable en el Centro Educativo, así como la metodología de evaluación externa del proyecto. Estas tareas del proceso de acreditación se dividen en dos grupos, distintivo nivel básico y distintivo nivel mentor. A continuación, se detallan las tareas de ambos niveles:

Tareas del Distintivo NIVEL BÁSICO:

1) Elaborar un documento escrito que recoja las recomendaciones en política de fotoprotección.

2) Realizar un informe anual de las superficies sombreadas, así como de las características técnicas de las estructuras utilizadas.

3) Realizar un informe anual que evalúe el cumplimiento de las políticas de fotoprotección en el centro.

4) Informar a toda la comunidad educativa sobre su política de fotoprotección a través de su página web, de cartelería y mediante reuniones dirigidas a alumnos, familias/tutores y trabajadores del centro educativo.

5) Incluir recomendaciones sobre fotoprotección en todas las comunicaciones dirigidas a alumnos, familias/tutores y personal que intervengan en las actividades al aire libre, ya sean en formato papel o electrónico.

6) Incluir los aspectos relacionados con la fotoprotección en la programación del aula (al menos una unidad didáctica).

7) Transmitir a los alumnos (por parte del personal del centro) la importancia de su conducta. En el periodo de abril a septiembre, la plantilla hace uso de las diferentes medidas de fotoprotección: gorro/sombrero, ropa adecuada, cremas de protección solar, permanecer en la sombra.

Tareas del Distintivo NIVEL MENTOR:

8) Disponer de un cronograma anual de actividades al aire libre, que registre las que se realizan en zonas sombreadas y/o en horas centrales del día durante los meses de abril a septiembre.

9) Realizar, al menos, una actividad trimestral de promoción activa del uso de medidas fotoprotectoras en la comunidad educativa; incluyendo objetivo, metodología y evaluación de resultados.

10) Garantizar sombra a la comunidad educativa en la superficie destinada a actividades al aire libre.

11) Informar diariamente, en soporte papel o electrónico, a la comunidad escolar de la UVI local.

12) Realizar formación acreditada en fotoprotección en la plantilla docente.

13) Utilizar más de dos medidas de fotoprotección (gorro y ropa adecuada, cremas de protección y/o sombra) por los asistentes a los eventos que se realicen al aire libre en el periodo de abril a septiembre.

14) Utilizar más de dos medidas de fotoprotección por parte del alumnado.

La **Figura 1** muestra el cronograma del proyecto de fotoprotección en el Centro con sus respectivas etapas de la acreditación del Distintivo Soludable.

PROPUESTA INNOVACIÓN DOCENTE	MIEMBROS	SIGLA	ACTIVIDADES ASIGNADAS
Fotoprotección	Dirección del Centro	D	Actividad 1.b Actividad 2.8.b, 2.9.b Tarea 5, 10
	Responsable del Centro	R1	Actividad 1.c Actividad 2.1.a, 2.1.b, 2.2.a, 2.2.b, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7.a, 2.7.b, 2.8.a, 2.9.a, 2.9.b Actividad 3.a, 3.b, 3.c, 3.d, 3.e Tarea 1, 2, 3, 4, 8,12
	Autoevaluadores	A	Actividad 2.5, 2.6, 2.7.a, 2.7.b, 2.8.a, 2.9.a Tarea 2, 3
	Profesorado	P	Actividad 1.a Actividad 2.8.b Tarea 5, 6, 7, 9
	Personal de administración, secretaría y conserjería	PASC	Actividad 2.8.b Tarea 4, 5, 7, 11
	Alumnado	Al	Tarea 14
	Otros (padres y madres)	O	Actividad 1.a Actividad 2.8.b Tarea 13
	Coordinador de la ACSA	C	Actividad 2.3

Figura 1: Cronograma de la propuesta.

La **Figura 2** recoge la programación de tareas entre los miembros del equipo de trabajo.

DISCUSIÓN:

Se ha constatado que la protección solar antes de los 25 años es primordial para conseguir disminuir las consecuencias de la radiación ultravioleta en la edad adulta[12,14]. Por tanto, uno de los principales resultados que se pretende conseguir con esta propuesta es que los más jóvenes tomen conciencia de la importancia de la fotoprotección.

Así, son varios los programas que han demostrado una mejoría tanto en conocimientos como en hábitos de fotoprotección[7,9]. Sin embargo, en una intervención educativa dirigida a alumnos de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) se informó de un perfil de adolescentes con conocimientos apropiados sobre fotoprotección pero que mantenían conductas de riesgo[15]; hecho que puede deberse a la distancia entre el conocimiento y el desarrollo de conductas adecuadas. Es importante que la intervención educativa se desarrolle de manera integral e integrada, de manera que ayude a adquirir esa conciencia de riesgo y además actuar en consecuencia.

De este modo, el Distintivo Soludable supone una potente vía para promover la implantación de prácticas seguras en fotoprotección; poniendo a disposición de los centros educativos, de un manual de recomendaciones para la mejora de hábitos saludables de protección solar. La aplicación de estas recomendaciones va a requerir tanto recursos humanos como materiales, especialmente la formación y la creación de las condiciones para que se produzca ese cambio de conducta (por ejemplo, planes de actuación para suministrar sombras en los espacios recreativos exteriores, formación tanto del profesorado como del personal de servicios de administración, secretaría y conserjería…).

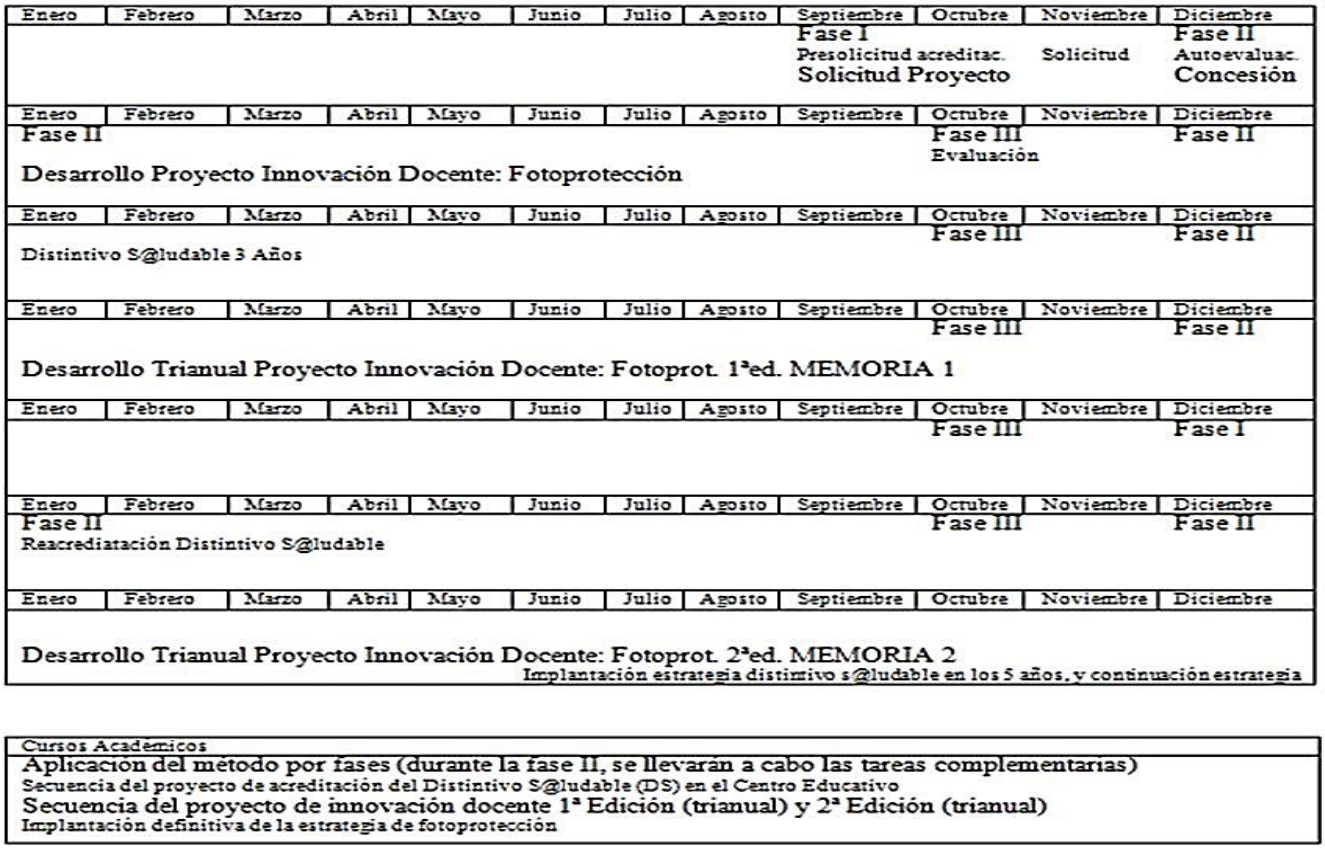


Figura 2: Composición del grupo de trabajo del proyecto sobre fotoprotección.

No tiene sentido realizar formación en fotoprotección sin ofrecer al mismo tiempo un lugar seguro y saludable.

Por tanto, el distintivo supone una responsabilidad, en la que es muy importante mantener el equipo y ser consciente de que la promoción para la salud puede ser muy laboriosa y lenta, ya que, en la mayoría de los casos los resultados se ven a largo plazo.

La aplicación de las recomendaciones del Distintivo, además va a generar otros recursos como podrían ser: la plataforma virtual que ofrece la Agencia Sanitaria Costa del Sol o el Distintivo como herramienta para la autoevaluación y reconocimiento. Así como todos los generados por la propuesta: espacios virtuales de apoyo en el Centro, material divulgativo… o el enfrentarse al desafío de responder eficazmente a las necesidades de la población. Donde los problemas de salud asociados a estilos de vida son responsables de gran parte de la morbimortalidad y de los déficits en calidad de vida.

Aunque, sólo puede tener éxito si se integra como un componente permanente.

Por último, es importante tener en cuenta que se trata de empoderar a la ciudadanía, no sólo de seguir unos estándares. Si no, de crear una cultura saludable en una sociedad caracterizada por el cambio, para que tengan suficientes recursos, especialmente conocimientos y habilidades, para poder tomar decisiones en salud por sí mismos y conjuntamente con los profesionales sanitarios.

CONCLUSIÓN:

Esta propuesta constituye una forma de intervención para mejorar la salud de la población, concretamente en fotoprotección. Permitiendo promover en el alumnado no sólo conductas y hábitos saludables, sino también capacitándolos desde edades tempranas a abordar los problemas de salud con una perspectiva crítica y transformadora.

CONFLICTOS DE INTERÉS:

Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con la publicación de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Salvador Llivina T, Suelves Joanxich JM, Puigdollers Muns E. Guía para las administraciones educativas y sanitarias. Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo [Internet]. Madrid: MEPSYD y MSC; 2008.

2. Malbois R, Sweet D, Williams T. Healthy Schools: Proceedings of the First European Conference on Health Promotion and the Prevention of Cancer in Schools. Luxemburg: Commission of the European Communities; 1990.

3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web]. Madrid: msssi.gob.es; 2006 – [actualizada 31 mar 2017].

4. Cambil Martín J, Jiménez Muñoz R, Mora Martín E, Fernández García AM, Navarro Jiménez MC, García García I. Manos Seguras: innovación en cultura de seguridad del paciente en Enfermería. Rev Paraninfo Digital [revista en Internet]. 2013; 19: 0-0.

5. Agencia Sanitaria Costa del Sol y Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Distintivo Soludable. Manual de recomendaciones [Internet]. Agencia Sanitaria Costa del Sol, Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2016.

6. Cancer Council Victoria, Australia. Sun Smart Program [Internet]. Melbourne: Cancer Council Victoria; 2016.

7. Ettridge KE, Bowden JA, Rayner JM, Wilson CJ. The relationship between sun protection policy and associated practices in a national sample of early childhood services in Australia. Health Education Research. 2011; 26: 53-62. DOI: 10.1093/her/cyq070

Gilaberte Calzada Y, Teruel Melero MP, Pardos Martínez C, Pueyo Ascaso A, Doste Larrull D, Coscojuela Santaliestra, et al. Efectividad del programa educativo escolar «SolSano» para la prevención del cáncer de piel. Actas Dermosifiliogr. 2002; 93(5): 313-9. DOI: 10.1016/S0001-7310(02)76582-4.

9. Borràs-Ferrer MT, Bruno J, Carod-López S, Pérez-López M.A. Enfermería escolar: experiencia en talleres de fotoprotección en la escuela [Internet]. Investigación & Cuidados. 2014; 12 (28): 14-20.

10. Junta de Andalucía. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía [sede Web]. El Ejido: Sociedad Andaluza Para El Desarrollo De Las Telecomunicaciones; 2004 [actualizada 31 mar 2017].

11. A Bonin S, Albano A, di Meo N, Gatti A, Stinco G, Zanconati F, et al. Cutaneous melanoma frequencies and seasonal trend in 20 years of observation of a population characterised by excessive sun exposure. Radiol Oncol. 2015; 49 (4): 379-85. DOI: 10.1515/raon-2015-0039

12. Palomar Llatas F, Díez Fornes P. Fotoprotección y cáncer cutáneo. Enfermería Integral. 2015; 108: 6-11.

13. Agencia Estatal de Meteorología. Radiación y ozono. Radiación solar [Sede Web]. Washington: Akamai Technologies Inc; 2001 – [actualizada 31 mar 2017].

14. Wehner MR, Shive ML, Chren MM, Han J, Qureshi AA, Linos E. Indoor tanning and non-melanoma skin cancer: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2012; 345: e5909. DOI: 10.1136/bmj.e5909.

15. Hernández Rodríguez JE, Díaz Hernández M, Estupiñán Sánchez MD, Gutiérrez Santana T, Cilleros Pino L. ¿Qué Saben Nuestros Adolescentes Sobre La Fotoprotección Solar? A Propósito De Una Intervención Educativa. International Multilingual Journal of Contemporary Research. 2015; 3(2): 13-26.

INCIDENCIA Y DIAGNÓSTICO DE LESIONES DERMATOLÓGICAS EN USUARIOS DE 0-14 AÑOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA URBANO

INCIDENCE AND DIAGNOSIS OF DERMATOLOGICAL LESIONS IN USERS FROM 0-14 YEARS IN A PRIMARY URBAN CARE CENTER

Autores: Lorena Villa-García [1] [*], Silvia Tierz-Puyuelo [2], Leonor Fructuoso-Aroca [2], Anna Mulero-Madrid [3], Silvia Martínez-González [3], Ivette Serra-Molist [3], Paula Raventós-Jurado [4], Marta Calabia-Martínez [3], Alexandra Giner-Piqueras [3], Albert Guerrero-Palmero [5], Justo Rueda-López [5].

(1) Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. CAP Can Bou. Consorci Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP).Castelldefels. Barcelona.
(2) Enfermera Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. CAP Terrassa Nord. Consorci Sanitari de Terrassa(CST).
(3) Enfermera de Familia y Comunitaria. CAP Can Bou. Consorci Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP). Castelldefels. Barcelona.
(4) Enfermera Especialista en Pediatría. CAP Can Bou. Consorci Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP). Castelldefels. Barcelona.
(5) Enfermero de Familia y Comunitaria. CAP Terrassa Nord. Consorci Sanitari de Terrassa (CST).

Contacto (*): lorena.v22@gmail.com

Fecha de recepción: 19/01/2019
Fecha de aceptación: 22/04/2019

Villa-García L, Tierz-Puyuelo S, Fructuoso-Aroca L, Mulero-Madrid A, Martínez-González S, Serra-Molist I, Raventós-Jurado P, Calabia-Martínez M, Giner-Piqueras A, Guerrero-Palmero A, Rueda-López J. Incidencia y diagnóstico de lesiones dermatológicas en usuarios de 0-14 años en un centro de atención primaria urbano. Enferm dermatol. 2019; 13(36): 19-26. DOI: 10.5281/zenodo.2914344

RESUMEN:

Objetivo: Identificar las lesiones dermatológicas más frecuentes en niños/as en edad comprendida entre 0 y 14 años en un centro de atención primaria urbano.

Metodología: Estudio descriptivo transversal retrospectivo. La población de estudio incluyó a todos los usuarios entre 0 y 14 años atendidos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2017. Las variables de estudio incluyeron datos sociodemográficos, datos relativos al diagnóstico dermatológico y las derivaciones a otros ámbitos. Estadística descriptiva.

Resultados: Durante el año 2017 se atendieron un total de 26.469 consultas de personas entre 0 y 14 años, de las que 1.472 personas fueron diagnosticadas de lesiones dermatológicas. La edad media fue de 5,62 años, con un predominio masculino (53,1%). La mayoría de los diagnósticos fueron realizados por los/las pediatras (83,3%) seguido de las/os enfermeras/os (14,4%). Se diagnosticaron 39 procesos diferentes y se agruparon en 7 categorías, destacando las lesiones irritativas de la piel (21,9%), seguido de las infecciones víricas (20,2%). El diagnóstico más frecuente fue el impétigo (11,3%). Se realizaron un 3,6% de derivaciones al servicio de dermatología de referencia, siendo las verrugas la patología más derivada (19,6%).

Conclusiones: El conocimiento de las lesiones más frecuentes, las derivaciones realizadas y los profesionales implicados en el diagnóstico y tratamiento de este tipo de procesos ha servido para detectar déficits en los circuitos asistenciales lo que supone una oportunidad de mejora para realizar una reorganización asistencial según competencias profesionales para mejorar la accesibilidad de la comunidad a la atención primaria.

Palabras clave: Enfermedades de la Piel, Atención Primaria de Salud, Enfermera.

ABSTRACT:

Objective: To identify the most common skin disorders affecting children aged 0-14 years old in an urban primary healthcare.

Methodology: A cross-sectional descriptive and retrospective study. Study population included all users aged 0-14 years old, visited from first of January 2017 to 31st of December 2017. Study variables included sociodemographic data, data from the dermatological diagnosis and from the referrals to other healthcare services.

Results: 26.469 users aged 0-14 years old were attended in the Primary Healthcare Centre in 2017, from which 1.472 were diagnosed a dermatological condition. Average age was 5.62 years, with a male prevalence (53.1%). Paediatricians were the healthcare professionals who diagnosed the most (83.3%), followed by nurses (14.4%). 39 different dermatological conditions were diagnosed. Those were classified in 7 categories, resulting irritative skin conditions (21.9%) the most common, followed by viral skin infections (20,2%). The most diagnosed dermatological condition was impetigo (11.3%). A 3.6% of the users were prescribed a referral to the specialized dermatological healthcare service of the area. Warts were the condition that was referred the most to the specialized healthcare service (19.6%).

Conclusions: Knowing the most usual dermatological conditions, the referrals made, and the professionals involved in the diagnosis of these conditions, has been useful to detect weaknesses in clinical pathways, so this study becomes an opportunity to reorganize healthcare attention according to professional competencies, improving the access to the community to Primary Care.

Keywords: Skin diseases, Primary Healthcare, Nurse.

INTRODUCCIÓN:

Las lesiones cutáneas constituyen un motivo frecuente de consulta en la Atención Primaria de Salud (APS). Se estima que entre el 30% y 70% de la población en algún momento de su vida acude a la consulta de un profesional de la salud para la valoración de una lesión en la piel. La prevalencia de trastornos cutáneos aumenta en subpoblaciones en riesgo como niños y ancianos[1-4].

La frecuencia de consultas por motivos dermatológicos en edad pediátrica (entre 0 y 14 años de edad) en la APS oscila entre un 5% y un 30%[5]. En los diferentes estudios sobre incidencia y prevalencia de la dermatosis en la infancia y adolescencia se observa una variación en las cifras según el diseño del estudio.

El objetivo general de la presente investigación fue identificar las lesiones cutáneas más frecuentes en niños/as en edad comprendida entre 0 y 14 años en un Centro de Atención Primaria urbano durante el año 2017.

Los objetivos específicos fueron:

- Determinar los grupos etiológicos más frecuentes implicados y su incidencia por sexo y edad.
- Especificar el tipo de diagnósticos realizados según el perfil profesional.
- Determinar el número de casos derivados desde atención primaria a otros niveles, y el motivo de la derivación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño y ámbito de estudio:
Estudio observacional descriptivo transversal y retrospectivo realizado en el Centro de Atención Primaria (CAP) Can Bou en el municipio de Castelldefels, con una población total asignada de 31.971 personas en el año 2017, de los que

5.832 (18%) personas tenían una edad comprendida entre 0 a 14 años.

Población de estudio:
La población de estudio incluyó a todos los usuarios entre 0 y 14 años atendidos en el CAP Can Bou entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2017.

Criterios de inclusión y de exclusión:
Los criterios de inclusión establecidos fueron: personas entre 0 y 14 años atendidas en el CAP Can Bou durante el año 2017 y que consultan por algún trastorno cutáneo. Criterios de exclusión: personas atendidas y/o diagnosticadas de una enfermedad dermatológica fuera del periodo de estudio.

Muestra:
La muestra seleccionada fueron todos aquellos usuarios que cumplían los criterios de inclusión. Se empleó el muestreo de tipo no probabilístico consecutivo, ya que se incluyeron a todos los usuarios atendidos durante el periodo descrito.

Variables
Las variables de estudio incluyeron:

- Datos sociodemográficos: edad y sexo.

- Variables relativas al diagnóstico dermatológico:

Los diagnósticos fueron codificados de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª versión (CIE-10), la Taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), y el profesional que establece el diagnóstico (enfermera/o de familia y comunitaria, médico/a de familia y comunitaria o pediatra).

Los diferentes diagnósticos obtenidos fueron categorizados según el tipo de lesión y/o su etiología: infecciones bacterianas, infecciones víricas, infecciones micóticas o dermatomicosis, lesiones irritativas de la piel, lesiones urticariformes, alteraciones de la pigmentación, lesiones vasculares, trastornos de las glándulas sudoríparas, lesiones por pérdida de la integridad cutánea y otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo.

- Variables relativas a las derivaciones:

El número de derivaciones, el motivo de la derivación (lesión que no responde al tratamiento, lesión que requiere valoración/tratamiento por especialista en dermatología), el carácter de la derivación (ordinaria, preferente o urgente), el destino de la derivación (urgencias, servicio dermatología de referencia) y el/la profesional que realiza la derivación (enfermera de familia y comunitaria, médico de familia y comunitaria o pediatra).

Recogida de datos:
Los datos se obtuvieron mediante el volcado automático de las historias clínicas utilizando un programa para la gestión de datos (Microsoft Excel®) y elaborando un sistema de registro para tal fin, que a posteriori se procesó mediante el paquete estadístico PASW Statistics 21®.

Análisis estadístico:
Se realizó un análisis descriptivo de las variables, donde los valores cuantitativos se expresaron como media ± desviación estándar (DE), y las variables cualitativas como frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS:

Durante el año 2017 se realizaron 1.472 diagnósticos dermatológicos empleando la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª versión (CIE-10), lo que supuso un 5,5% de las 26.469 consultas totales realizadas a niños/as entre 0 y 14 años durante el periodo de estudio, en cambio no se identificó ninguno de los procesos dermatológicos aplicando la taxonomía NANDA.

De estas 1.472 personas diagnosticadas por una lesión dermatológica, 690 (46,9%) eran mujeres y 782 (53,1%) eran hombres con edades comprendidas entre 0 y 14 años, con una edad media de 5,62 ± 3,8 años.

Se efectuaron un total de 39 diagnósticos diferentes que fueron agrupados según las características o la etiología de las lesiones en siete categorías, predominando las lesiones de etiología infecciosa 20,2% (n=296) víricas y 13,6 % (n=199) bacterianas, seguidas de lesiones irritativas de la piel 21,9% (n=324), lesiones por pérdida de integridad cutánea 11,8 % (n=175), lesiones urticariformes 6,4% (n=95), e infecciones micóticas o dermatomicosis 2,8% (n=66) **(ver tabla 1)**.

Los principales diagnósticos identificados fueron: el impétigo 11,3% (n=166), seguido de las heridas 10,1% (n=150), las micosis 8,3% (n=122), las verrugas víricas el 7,3% (n=108), el eczema atópico el 7,3% (n=108), otras dermatitis no especificadas el 6,9% (n=103), la urticaria 6,4% (n=95), el boca-mano-pie 5,9% (n=87), las picaduras de insectos 5,9% (n=87) y el exantema vírico 4,5% (n=66). Menos habituales, con porcentajes de diagnósticos por debajo del 4,5%, encontramos 29 dermatosis diferentes **(ver tabla 1)**.

En el análisis de las lesiones agregado por edades **(ver tabla 2)**, destacan las lesiones irritativas en niños con edades entre 1 y 2 años, con 30,6 %, seguido de las infecciones víricas que fueron el 25,7%. En edades entre 3 y 7 años, predominan las lesiones irritativas con un 19,5%, y en segundo lugar las de carácter infeccioso con el 16,4%. En las edades de 8 a 14 años predominaron las de carácter infeccioso, siendo el 20,6% y las lesiones irritativas el 17,1%.

Diagnósticos codificados según CIE-10	Frecuencia N (%)
Infecciones bacterianas de la piel	
L01.0: Impétigo	166 (11,3%)
L03.9: Celulitis	26 (1,8%)
L02.9: Absceso y forúnculo cutáneo	7 (0,5 %)
Infecciones víricas de la piel	
B08.2: Exantema súbito	9 (0,6%)
B00.2: Gingivoestomatitis	17 (1,2%)
B08.4: Boca-mano-pie	87 (5,9%)
B02.9: Zoster	4 (0,3%)
B01: Varicela	1 (0,1%)
B07: Verrugas víricas	108 (7,3%)
B08.3: Eritema infeccioso	4 (0,3%)
B09: Exantema vírico	66 (4,5%)
Infecciones micóticas o dermatomicosis	
B49: Micosis	122 (8,3%)
B35.4: Tineacorporis	6 (0,4%)
B37.9: Candidiasis	9 (0,6%)
L60.1: Onicolisis	1 (0,1%)
L42: Pitiriasis rosada	2 (0,1%)
B37.0: Muguet	48 (3,3%)
Lesiones irritativas de la piel	
L20: Dermatitis atópica	47 (3,2%)
L20.9: Eczema atópico	108 (7,3%)
L21: Dermatitis seborreica	2 (0,1%)
L22: Dermatitis del pañal	63 (4,3%)
L30.9: Otras dermatitis	103 (6,9%)
L44.4: Acrodermatitis papulosa infantil	1 (0,1%)
Lesiones urticariformes	
L50: Urticaria	95 (6,4 %)
Alteraciones de la pigmentación	
L80: Vitíligo	4 (0,3%)
Lesiones vasculares	
D18.0: Hemangioma o linfoangioma	13 (0,9%)
Trastornos de las glándulas sudoríparas	
L74.1: Miliaria cristalina	27 (1,8%)
Lesiones por pérdida de la integridad cutánea	
T14.1: Herida	150 (10,1%)
W50: Mordedura de persona	1(0,1%)
W64: Mordedura de animal	5 (0,3%)
L55.9: Quemadura solar no especificada	3 (0,2%)
L89: Úlcera de decúbito	1 (0,1%)
L60.0: Uña encarnada	15 (1,0%)
Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	
W57.9: Picadura de insecto	87 (5,9%)
D22.9: Nevus	59 (4,0%)
L40.9: Psoriasis no especificada	1 (0,1%)
L60.0: Uña encarnada	15 (1,0%)
L72.9: Quiste	3 (0,2%)
L90.6: Estrías atróficas	1 (0,1%)
Total	1472

Tabla 1. Categorización de los diagnósticos realizados en el Centro de Atención Primaria Can Bou durante el año 2017.

Diagnósticos codificados según CIE-10	Menores 1 año	1 a 2 años	3 a 7 años	8 a 14 años	Total
Infecciones bacterianas					
L01.0: Impétigo	0	23	82	61	**166**
L03.9: Celulitis	0	3	12	11	**26**
L02.9: Absceso y forúnculo cutáneo	0	0	3	4	**7**
Infecciones víricas					
B08.2: Exantema súbito	0	8	1	0	**9**
B00.2: Gingivoestomatitis	0	4	11	2	**17**
B08.4: Boca-mano-pie	0	49	37	1	**87**
B02.9: Zoster	0	1	0	3	**4**
B01: Varicela	0	0	0	1	**1**
B07: Verrugas víricas	0	0	25	83	**108**
B08.3: Eritema infeccioso	0	0	2	2	**4**
B09: Exantema vírico	0	39	24	3	**66**
Infecciones micóticas o dermatomicosis					
B49: Micosis	0	27	59	36	**122**
B35.4: Tineacorporis	0	1	2	3	**6**
B37.9: Candidiasis	1	4	3	1	**9**
L60.1: Onicolisis	0	0	1	0	**1**
L42: Pitiriasis rosada	0	0	0	2	**2**
B37.0 Muguet	1	27	17	3	**48**
Lesiones irritativas de la piel					
L20: Dermatitis atópica	1	18	17	11	**47**
L20.9: Eczema atópico	1	29	44	34	**108**
L21: Dermatitis seborreica	0	2	0	0	**2**
L22: Dermatitis del pañal	3	53	7	0	**63**
L30.9: Otras dermatitis	1	18	50	34	**103**
L44.4: Acrodermatitis papulosa infantil	0	0	1	0	**1**
Lesiones urticariformes ¿					
L50: Urticaria	0	21	46	28	**95**
Alteraciones de la pigmentación					
L80: Vitíligo	0	0	0	4	**4**
Lesiones vasculares					
D18.0: Hemangioma o linfoangioma	3	7	3	0	**13**
Trastornos de las glándulas sudoríparas					
L74.1: Miliaria cristalina	0	15	9	3	**27**
Lesiones por pérdida de la integridad cutánea					
T14.1: Herida	0	12	80	58	**150**
W50: Mordedura de persona	0	0	1	0	**1**
W64: Mordedura de animal	0	1	4	0	**5**
L55.9: Quemadura solar no especificada	0	1	1	1	**3**
L89: Úlcera de decúbito	0	1	0	0	**1**
L60.0: Uña encarnada	0	0	6	9	**15**
Otros trastornos de la piel y tejido subcutáneo					
W57.9: Picadura de insecto	0	23	44	20	**87**
D22.9: Nevus	0	2	16	41	**59**
L40.9: Psoriasis no especificada	0	0	0	1	**1**
L72.9: Quiste	0	3	0	0	**3**
L90.6: Estrías atróficas	0	0	1	0	**1**

Tabla 2. Diagnósticos dermatológicos estratificados según grupos de edad entre los niños de 0 a 14 años atendidos en el centro de Atención Primaria Can Bou durante el año 2017.

Respecto a la distribución de las lesiones por sexo (**ver tabla 3**) los hombres presentaron mayor número de lesiones cutáneas de etiología infecciosa (víricas 20% (n=157) y bacterianas 14,4% (n=111)), seguidas de las lesiones irritativas de la piel 21,3 % (n=167) y de lesiones por pérdida de la integridad cutánea 14,4 % (n=113).

Diagnósticos codificados según CIE-10	Mujer (N)	Hombre (N)
Infecciones bacterianas de la piel	**88**	**111**
L01.0: Impétigo	72	94
L03.9: Celulitis	11	15
L02.9: Absceso y forúnculo cutáneo	5	2
Infecciones víricas de la piel	**139**	**157**
B08.2: Exantema súbito	5	4
B00.2: Gingivoestomatitis	10	7
B08.4: Boca-mano-pie	39	48
B02.9: Zoster	0	4
B01: Varicela	0	1
B07: Verrugas víricas	46	62
B08.3: Eritema infeccioso	1	3
B09: Exantema vírico	38	28
Infecciones micóticas o dermomicosis	**97**	**91**
B49: Micosis	65	57
B35.4: Tineacorporis	3	3
B37.9: Candidiasis	6	3
L60.1: Onicolisis	1	0
L42: Pitiriasis rosada	0	2
B37.0 Muguet	22	26
Lesiones irritativas de la piel	**157**	**167**
L20: Dermatitis atópica	19	28
L20.9: Eczema atópico	56	52
L21: Dermatitis seborreica	0	2
L22: Dermatitis del pañal	32	31
L30.9: Otras dermatitis	49	54
L44.4 Acrodermatitis papulosa infantil	1	0
Lesiones urticariformes		
L50 Urticaria	48	47
Alteraciones de la pigmentación		
L80 Vitíligo	3	1
Lesiones vasculares		
D18.0: Hemangioma o linfoangioma	12	1
Trastornos de las glándulas sudoríparas		
L74.1: Miliaria cristalina	14	13
Lesiones por pérdida de la integridad cutánea	**62**	**113**
T14.1: Herida	51	99
W50: Mordedura de persona	0	1
W64: Mordedura de animal	2	3
L55.9: Quemadura solar no especificada	2	1
L89: Ulcera de decúbito	1	0
L60.0: Uña encarnada	6	9
Otros trastornos de la piel y tejido subcutáneo	**70**	**81**
W57.9: Picadura de insecto	38	49
D22.9: Nevus	29	30
L40.9: Psoriasis no especificada	0	1
L72.9: Quiste	2	1
L90.6: Estrías atróficas	1	0

Tabla 3. Diagnósticos dermatológicos estratificados según sexo entre los niños/as de 0 a 14 años atendidos en el centro de Atención Primaria Can Bou durante el año 2017.

De las 1.472 visitas por consultas dermatológicas, 1.226 (83,3%) fueron realizadas por el/la pediatra, 212 (14,4%) por la/el enfermera/o de familia y comunitaria y 34 (2,3%) por el/la médico/a de familia y comunitaria.

Si asociamos el tipo de diagnóstico según el perfil profesional, las enfermedades que más diagnosticó el/la pediatra fueron impétigo 13,2% (n=162) y micosis 9,5% (n=117). La enfermera de familia y comunitaria las lesiones cutáneas que más diagnosticó fueron las heridas 23,1% (n=49) y verrugas víricas 22,6% (n=48). El/la médico/a de familia diagnosticó heridas 17,6% (n=6), urticaria 14,7% (n=5) e infecciones (boca-mano-pie) 14,7% (n=5). En la **tabla 4** se pueden observar las categorías diagnósticas según perfil profesional.

Durante el 2017, de las 1.472 consultas por motivo dermatológico, se derivaron al servicio de dermatología de referencia a 51 personas, lo que supone un 3,6 % del total de personas diagnosticadas por lesiones dermatológicas. Un 66% de las derivaciones tenían carácter ordinario y el 33,3 % carácter preferente. Los/as pediatras realizaron un 54,9% de las derivaciones y las enfermeras un 45%. No se realizó ninguna derivación al servicio de urgencias del hospital de referencia.

Las verrugas fueron la patología más derivada 19,6% (n=10), en segundo lugar, las dermatitis 17,6% (n=9), seguidas de los nevus 11,7% (n=6) y otros procesos de menor porcentaje de derivación.

Al analizar los diagnósticos más frecuentemente derivados al servicio de dermatología de referencia, se observa que de las 108 verrugas diagnosticadas se derivaron 10, lo que supuso un 9,2%; las dermatitis y eczemas, de forma global, se diagnosticaron 324 y se derivaron 9, lo que supuso un 2,7%; se diagnosticaron 59 nevus y se derivaron 6, lo que supuso una proporción de derivación del 10,1%.

Diagnóstico	Enfermera de Familia y Comunitaria	Médico de Familia y Comunitaria	Pediatra	Total
Infecciones bacterianas	3	4	192	199
Infecciones víricas	53	10	233	299
Infecciones micóticas o dermomicosis	12	1	178	191
Lesiones irritativas de la piel	53	2	269	324
Lesiones urticariformes	3	5	87	95
Alteraciones de la pigmentación	2	0	2	4
Lesiones vasculares	8	0	5	13
Trastornos de las glándulas sudoríparas	0	0	27	27
Lesiones por pérdida de la integridad cutánea	54	7	114	175
Otros trastornos de la piel y tejido subcutáneo	24	5	122	151
Total	**212**	**34**	**1226**	**1472**

Tabla 4. Categorías diagnosticas según perfil profesional

DISCUSIÓN:

Las categorías diagnósticas de las lesiones cutáneas más frecuentes en niños/as entre 0-14 años atendidos en el CAP Can Bou en 2017 fueron las de origen infeccioso, tanto víricas como bacterianas, seguidas de lesiones irritativas de la piel y las lesiones por pérdida de integridad cutánea. En el año de estudio, uno de cada 10 niños/as de entre 0-14 años que consultó fue diagnosticado de impétigo.

La frecuencia de las lesiones dermatológicas fue del 5,5% sobre el total de consultas realizadas durante el periodo de estudio. El porcentaje de

consultas dermatológicas sobre el total fue similar al estudio de Menéndez et al[5] a pesar de observarse diferencias en relación a la etiología más frecuente: en dicho estudio fueron las dermatitis/eczemas, seguidas de infecciones víricas y bacterianas.

En función del sexo, la proporción de diagnósticos dermatológicos fue ligeramente superior para los hombres, coincidiendo con Menéndez et al[5]. El diagnóstico más frecuente en los varones fueron las heridas, con el doble de consultas atendidas por este motivo que en el sexo femenino. El diagnóstico más habitual en las mujeres fue el de impétigo, que representa el segundo más habitual en los hombres, seguido de las micosis y los eccemas atópicos.

Si diferenciamos por edad, se observa que durante el periodo 0-7 años el problema dermatológico más frecuente fueron las lesiones irritativas de la piel, seguido de las enfermedades víricas. Dentro de esta franja etaria, las lesiones más prevalentes en el grupo de menores de un año fueron las lesiones irritativas, concretamente la dermatitis del pañal. En el grupo de 8 a 14 años, fueron más comunes las enfermedades víricas, seguidas de las lesiones irritativas.

Las patologías que se derivaron con mayor frecuencia al servicio de dermatología fueron: las verrugas víricas (1 de cada 5 derivaciones) motivado por su localización y dificultad para la aplicación de crioterapia, las dermatitis en las que los tratamientos indicados desde el CAP no presentaron la respuesta esperada y los nevus (1 de cada 10 derivaciones), que presentaron sospecha de malignización posterior a la valoración con dermatoscopio en el mismo CAP. Los resultados son diferentes a los encontrados por Contreras et al., donde destaca que en el presente estudio las cifras de derivación de los nevus son inferiores y por el contrario son mayores en el caso de las verrugas víricas[6].

La mayoría de las visitas relacionadas con problemas dermatológicos fueron realizadas por los/las pediatras, seguidos de las enfermeras de familia y comunitaria y, en menor medida por el médico de familia. Tal como se muestra en los resultados del estudio un gran número de lesiones por pérdida de la integridad cutánea (heridas, picaduras, uñas encarnadas, mordeduras de animal) en la edad pediátrica y la adolescencia son asumidas por los/as médicos de familia y por los/as pediatras, cuando las enfermeras de familia y comunitaria tienen competencias para realizar el diagnóstico y tratamiento de este tipo de lesiones. Esto sugiere que existen déficits en los circuitos asistenciales y/o en la accesibilidad de la población a la enfermera de familia y comunitaria, lo que indica la necesidad de desarrollar diferentes acciones organizativas.

En el caso de las lesiones vasculares son las enfermeras de familia y comunitaria quienes diagnostican 2 de cada 3 hemangiomas o linfoangiomas. Esta mayor detección puede deberse a que en el centro de atención primaria de estudio son las enfermeras quienes lideran y desarrollan autónomamente las revisiones periódicas de salud en el marco del protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en la edad pediátrica.

Cerca del 40% de las consultas por problemas dermatológicos se relaciona con las verrugas víricas, impétigo y lesiones por pérdida de la integridad cutánea, por lo que una reorganización en los circuitos de valoración según las competencias profesionales podría mejorar la respuesta a la demanda en la APS relacionada con los trastornos dermatológicos más prevalentes y aumentar la accesibilidad de la población a la enfermera.

Se ha podido detectar con este estudio la cada vez mayor implicación de las enfermeras en el diagnóstico de trastornos dermatológicos, lo que actualmente supone que 1 de cada 5 consultas

realizadas por este motivo en el CAP de Can Bou es asumida por las enfermeras de familia y comunitaria.

Limitaciones del estudio

Se ha de considerar la existencia de sesgos de selección e información ya que los resultados obtenidos dependen del registro clínico que han realizado los profesionales sanitarios durante la actividad asistencial del año 2017 en el programa informático del CAP.

CONCLUSIONES:

Los resultados muestran el alto porcentaje de visitas por lesiones dermatológicas en la edad pediátrica en la atención primaria de salud. El conocimiento de las lesiones más frecuentes, las derivaciones realizadas y los profesionales implicados en el diagnóstico ha servido para detectar oportunidades de mejora en los registros y en los circuitos asistenciales de la organización.

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Bickers DR, Lim HW, Margolis D, Weinstock MA, Goodman C, Faulkner E, et al. The burden of skin diseases: 2004. A joint project of the American Academy of Dermatology Association and the Society for Investigative Dermatology. J Am Acad Dermatol. 2006;55(3):490–500.

2. Hay RJ, Fuller LC. The assessment of dermatological needs in resource-poor regions. Int J Dermatol. 2011;50(5):552–7.

3. Schofield J, Grindlay D, Williams H. Skin conditions in the UK: a Health Care Needs Assessment. UK: University of Nottingham, Centre of Evidence Based Dermatology UK; 2009.

4. Hay RJ, Johns NE, Williams HC, Bolliger IW, Dellavalle RP, Margolis DJ, et al. The Global Burden of Skin Disease in 2010: An Analysis of the Prevalence and Impact of Skin Conditions. J Invest Dermatol. 2013;134(6):1–8.

5. Menéndez Tuñón S, Sariego Jamardo A, Fernández Tejada E, Fernández García N, López Vilar P, Meana Meana A. Consultas dermatológicas en Pediatría de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2010;12:41-52.

6. Contreras N, Gibert A, Linares JM, Ponce MC, Casamada N, Sauvalle M. Análisis de las derivaciones a la Atención Especializada desde la consulta de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015; 17 (65):13-20.

ÚLCERAS POR CALCIFILAXIS: ¿CUIDADOS PALIATIVOS O DESBRIDAMIENTO?

CALCIFYLAXIS ULCERS: PALLIATIVE CARE OR DEBRIDEMENT?

Autores: Begoña Fornes-Pujalte (1,2) (*), María Isabel Pastor-Orduña (2), Paula Díez-Fornes(2), Concepción Sierra-Talamantes(1,2), David Palomar-Albert (2), Jorge Zamora-Ortiz(1,2), Federico Palomar-Llatas (1,2)

(1) Servicio de Dermatología y Unidad de Úlceras del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
(2) Cátedra Hartmann de Integridad y Cuidado de la Piel. Universidad Católica de Valencia
Contacto (*): fornes_beg@gva.es

Fecha de recepción: 19/03/2019
Fecha de aceptación: 26/04/2019

Fornes-Pujalte B, Pastor-Orduña Mi, Diez-Fornes P, Sierra-Talamantes C, Palomar-Albert D, Zamora-Ortiz J, Palomar-Llatas F. Úlceras por calcifilaxis: ¿Cuidados paliativos o desbridamiento? Enferm dermatol. 2019; 13(36): 27-34. DOI: 10.5281/zenodo.2915540

RESUMEN:

Objetivo: Analizar la epidemiología y cuidados de los pacientes con diagnóstico de calcifilaxis tratados en el Servicio de Dermatología y la Unidad de Úlceras del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV).

Material y método: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de casos clínicos de calcifilaxia vistos en el Servicio de Dermatología y la Unidad de Úlceras del CHGUV en el periodo comprendido entre los años 1997 a 2016. Variables principales: factores de riesgo, supervivencia, mortalidad y causas, tratamientos. Estadística descriptiva.

Resultados: Se identificaron 11 pacientes, todos del sexo femenino. El 63% de los pacientes estaban en tratamiento en hemodiálisis. Se observó un 81% de mortalidad. La causa prevalente fue: un 9,1% se debió a sepsis y un 54,5% a shock cardíaco.

Conclusiones: consideramos que sería conveniente aplicar un enfoque sistemático respecto al tratamiento de las úlceras en pacientes con calcifilaxis, adoptando en ocasiones una visión paliativa, valorando el desbridamiento en cada caso según la evaluación de las comorbilidades, la perfusión vascular y la presencia de infección.

Palabras clave: Calcifilaxis, Arteriopatía urémica calcificante, Desbridamiento, Cuidados paliativos.

ABSTRACT:

Objective: To analyze the epidemiology and care of patients diagnosed with calciphylaxis treated in the Dermatology Service and the Ulcers Unit of the University General Hospital of Valencia Consortium (CHGUV).

Material and method: Retrospective descriptive observational study of clinical cases of calciphylaxis seen in the Dermatology Department and the Ulcers Unit of the CHGUV in the period from 1997 to 2016. Main variables: risk factors, survival, mortality and causes, treatments. Descriptive statistics.

Results: Eleven patients were identified, all of them female. 63% of the patients were under treatment in hemodialysis. An 81% mortality was observed. The prevalent cause was: 9.1% was due to sepsis and 54.5% to cardiac shock.

Conclusions: we consider that it would be appropriate to apply a systematic approach to the treatment of ulcers in patients with calciphylaxis, adopting at times a palliative view, assessing debridement in each case according to the evaluation of comorbidities, vascular perfusion and the presence of infection.

Keywords: Calciphylaxis, Calcific uremic artery disease, Debridement, Palliative care.

INTRODUCCIÓN:

La Calcifilaxis (CX), también llamada arteriolopatía urémica calcificante (CUA), se caracteriza por la aparición de úlceras isquémicas en la piel, producidas por la oclusión de las arteriolas cutáneas por engrosamiento de su pared debido a la calcificación progresiva de la túnica media[1]; es una enfermedad poco frecuente, pero con mal pronóstico.

Generalmente la CX está asociada a insuficiencia renal crónica (IRC), con una prevalencia entre el 1 y el 4% en los pacientes en diálisis[2,3]. Sin embargo, también puede ocurrir en pacientes sin enfermedad renal crónica o terminal. Los factores de riesgo incluyen la obesidad; sexo femenino, diabetes, uso de warfarina, corticosteroides o análogos de la vitamina D; albúmina sérica baja; estados de hipercoagulabilidad, hiperparatiroidismo; cáncer[4].

La tasa de mortalidad es alta, entre un 45% a un 80%[5]. La ulceración con necrosis cutánea es muy dolorosa. La patología produce úlceras tórpidas que junto a las comorbilidades habituales predispone a estos pacientes a la sepsis, siendo la causa más frecuente de muerte debida a la infección de las úlceras[5,6].

Se ha identificado un valor pronóstico en función de la localización de las lesiones (**Ver Figura 1**), siendo la localización proximal (muslos, tronco) la de peor pronóstico[7]. Se ha establecido también que un diagnóstico y tratamiento tempranos mejoran la tasa de éxito y posibilidad de curación[8].

El empleo de terapias de combinación multimodal en los últimos años (normalización de calcemia y fosfatemia, evitando el uso de vitamina D y sales de calcio, tratamiento del dolor y de las sobreinfecciones, intensificación de hemodiálisis, bifosfonatos, tiosulfato sódico, quelantes no cálcicos, calcimiméticos, vitamina K y pentoxifilina) ha conseguido que la supervivencia haya aumentado en estos pacientes[9-11].

Figura 1: Lesiones de lívedo y necrosis en muslo.

Las posibilidades de curación y de respuesta a los tratamientos, hace que el paciente no deba considerarse como paciente terminal.

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente[12].

Por otro lado, los Cuidados Paliativos (CP) que se proporcionan al paciente terminal, son una respuesta profesional y humana para ayudar al paciente y la familia, cuyo objetivo es aliviar el sufrimiento, buscando el mayor confort del enfermo y de la familia. Según la OMS, el acceso a los CP debe estar basado en la necesidad, más que en el diagnóstico-pronóstico[13].

Actualmente los CP no se centran únicamente en el paciente oncológico, sino que se ha extendido al paciente con enfermedad crónica

avanzada con el objetivo de mejorar su calidad de vida. Y en este sentido hay pacientes que necesitan que los miremos con visión paliativa.

Debido a la experiencia negativa en el tratamiento de las heridas de pacientes afectados de CX, atendidos en la Unidad de Úlceras del Hospital General Universitario de Valencia (HGUV) y a causa de opiniones de expertos, tanto en congresos como en publicaciones, que indican que el cuidado de estas úlceras debe incluir un apropiado desbridamiento quirúrgico[14], así como utilizar el sistema Vacuum Assisted Closure (VAC)[15], desbridamiento con larvas estériles de Lucilia[1] y empleo de la cámara hiperbárica[16], queremos profundizar sobre el tratamiento tópico, en especial el desbridamiento de las úlceras (**Ver Figuras 2 y 3**), ya que son pacientes con úlceras muy dolorosas, con tendencia a la sobreinfección y con una esperanza de vida muy corta por lo que en muchos casos podemos considerarlos susceptibles de cuidados paliativos respecto a la actitud frente al tratamiento tópico de las heridas.

Figura 2: Desbridamento cortante.

La hipótesis sería que el paciente con calcifilaxis tiene una supervivencia limitada, con frecuencia se presenta en pacientes con enfermedad crónica avanzada y en este sentido es susceptible de cuidados paliativos, evitando el desbridamiento injustificado.

Figura 3: Úlceras por calcifilaxis desbridadas.

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la epidemiología y tratamiento de los pacientes con diagnóstico de calcifilaxis tratados en el Servicio de Dermatología y la Unidad de Úlceras del CHGUV, identificando los factores de riesgo, supervivencia, causas de mortalidad, con la finalidad de abrir un espacio a la reflexión respecto a los cuidados de las úlceras, en especial el desbridamiento.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los casos atendidos en el Servicio de Dermatología y la Unidad de Úlceras del Consorcio Hospitalario General Universitario de Valencia (CHGUV).

Se incluyeron en el estudio todas aquellas úlceras con diagnóstico de calcifilaxis confirmado mediante biopsia, en el periodo comprendido entre los años 1997 a 2016. Los casos se obtuvieron a través del registro de anatomía patológica del Servicio de Dermatología del CHGUV.

Las variables a estudio fueron:

- Factores de riesgo.
- Localización y forma de presentación.
- Mortalidad y su causa.
- Tratamientos empleados.

El análisis estadístico de los datos fue de tipo descriptivo, consistiendo en hallar las medidas de tendencia central y porcentajes.

RESULTADOS:

Se identificaron 11 pacientes, diagnosticados durante un periodo de estudio (20 años), todos ellos del sexo femenino.

La media de edad fue de 65,1 años, con un rango mínimo de 50 y máximo de 75 años.

Factores de riesgo:
Se identificaron como factores de riesgo prevalentes los siguientes:

- Insuficiencia renal crónica: En el momento del diagnóstico, el 63% de los pacientes estaba en tratamiento en hemodiálisis, con una media en diálisis de 2,7 años.
- Diabetes 27,3%.
- Hipertensión 81,8%.
- Tratamiento con anticoagulantes un 72,7%, el 100% de estos en tratamiento con acenocumarol.
- Hiperparatiroidismo en el 63,4%.
- Cardiopatía 72% de pacientes.

Por la localización y forma de presentación:
La localización distal se dio en el 63% de los casos frente a la localización en muslos y tronco que fue del 18,2%. La ulceración con necrosis ocurrió en 81,8%, y dos pacientes presentaron lesiones de nódulos y livedo.

Evolución y mortalidad:
Desde el momento de la certeza del diagnóstico, el 81% (9 pacientes) fallecieron con un promedio de 2,5 meses. El 45% (5 pacientes) fallece en un tiempo de 1 a 3 meses, una paciente a los 3 días, otra a los 15 días. Solamente un paciente tuvo una supervivencia de 12 meses (**Ver figura 4 y Tabla 1**).

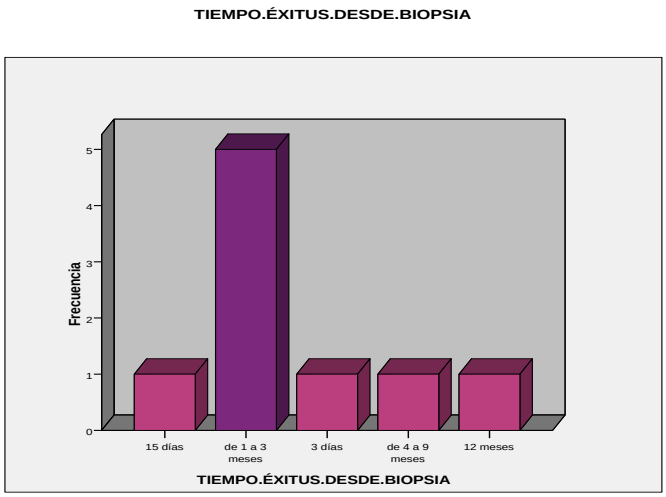


Figura 4: Tiempos promedio de fallecimiento.

Dos de las pacientes fueron trasladadas a otro hospital, por lo que no se pudo obtener datos de la evolución. Respecto a la causa de muerte (**Ver figura 5**), el 9,1% (1 pacientes) se debió a sepsis, otra paciente murió por peritonitis aguda y el resto (54,5%) debido a shock cardiaco.

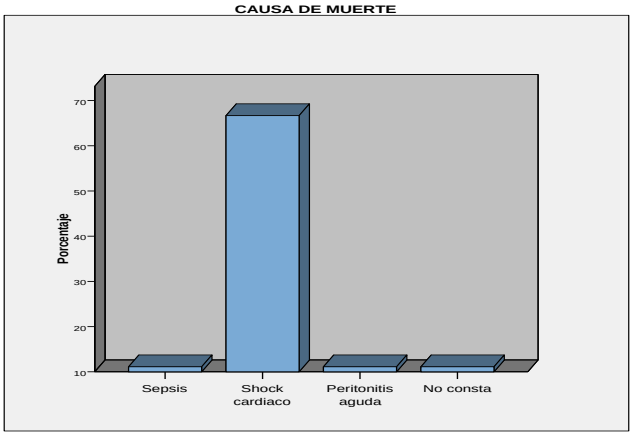


Figura 4: Tiempos

Cuidado de las heridas
Respecto al tratamiento de las úlceras se realizó desbridamiento en el 36,4% de los casos; no consta el registro en otro 36,4& y en 3 pacientes (27,3%) no se aplicó desbridamiento, por no presentar úlceras necróticas y por fallecer a las 72h.

Otros procedimientos terapéuticos registrados fueron los siguientes (**Ver Tabla 1**): tiosulfato de sodio (9,1%), calcimiméticos (18,2%), paratiroidectomía (18,2%) y supresión de factores de riesgo (36,4%). Hubo también un 36,4% que no consta las medidas tomadas.

CASOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	%
Úlcera/necrosis	sí	no	no	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	81,8%
Localización lesión	Prox	Dis	Dis	Prox	Dis	Prox	Dis	Dis	Prox	Dis	Dis	
Desbridamiento	-	no	no	sí	-	-	-	sí	sí	no	sí	36,4%
Tiempo Supervivencia	15 d	12m	2m	3m	-	8m	-	37d	2m	3d	1m	
Mortalidad	sí	sí	sí	sí	-	sí	-	sí	sí	sí	sí	81,0%
Sepsis	SHC	SHC	PA	si	-	-	-	SHC	SHC	SHC	SHC	9,1%
Tratamiento	CL	-	-	SP	-	SP	-	TS	SP	CL	SP	

***Prox**: proximal; **Dis:** distal; **d:** días; **m:** meses; **SHC**: shock cardiaco; **PA:** peritonitis aguda;*
***CL:** calcimiméticos**; SP:** supresión tratamientos de riesgo y aumento de diálisis; **TS:** Tiosulfato sódico.*

Tabla 1: Variables estudiadas de la muestra

DISCUSIÓN:

La calcifilaxis es una enfermedad poco frecuente, con una elevada mortalidad. En nuestra serie se diagnosticaron 11 pacientes, en un periodo de 20 años, esta baja incidencia coincide con diferentes estudios[17-22]. En el estudio de Nigwekar[18] se obtuvieron datos de todos los pacientes tratados con hemodiálisis de mantenimiento en cada centro de Fresenius Medical Care de Noret América. La muestra del estudio de Brandenburg[21] es también grande debido a que establecieron un registro observacional, basado en Internet, que permitió recoger datos de todos los casos de CX en Alemania.

Nuestra elevada mortalidad, coincide con el estudio de Prieto Espinoza[19], y podríamos explicarla porque la mayoría de las pacientes estaba en tratamiento con diálisis, presentaba úlceras necróticas y recibieron tratamiento para la CX en su mayoría de supresión de anticoagulantes, disminución de suministro de calcio, aumento de frecuencia y tiempo de diálisis y solamente una paciente recibió Tiosulfato de sodio (TS), analizando este resultado, vemos que la paciente no respondió a este tratamiento y falleció a los 37 días.

Actualmente han surgido publicaciones de estudios que muestran una disminución de la tasa de mortalidad[17,18,20,21], incluso con remisión total de las lesiones[3], gracias a los nuevos tratamientos, en el estudio de Hammawa[22] en el que se trataron todos los pacientes con terapias de combinación multimodal, se obtuvo también una alta mortalidad incluso después de que cicatrizaran las heridas. Esto confirma que en la mortalidad influyen otros factores como, la distribución y el número de las lesiones, peores condiciones basales de los pacientes, un diagnóstico tardío etc.

Uno de los factores de riesgo es el sexo femenino que se cumple en nuestro estudio, ya que todos los casos fueron mujeres, como ocurre en la mayoría de los casos publicados[3,7].

Otro factor de riesgo importante es el recibir tratamiento con altas dosis de esteroides o con anticoagulantes cumarínicos como la warfarina o el acenocumarol[23]. Nuestro estudio coincide con Torregrosa[3] en que nuestros pacientes la mayoría estaba recibiendo acenocumarol.

Si relacionamos la localización de las lesiones con un peor pronóstico, en nuestro estudio no se cumple puesto que solo dos pacientes de la muestra presentaban localización proximal, teniendo el mismo pronóstico tanto las pacientes con úlceras de localización distal como proximal.

Según A. Fine[23] la ulceración con placas necróticas en el momento de la presentación o posteriormente es indicio de una mortalidad muy alta. La mayoría de nuestras pacientes cursaron con

úlceras necróticas, lo que explicaría también la alta incidencia de mortalidad. Sin embargo, a pesar de esta mayoría de lesiones con necrosis la muerte por sepsis fue mínima.

En relación al tiempo de supervivencia solamente una paciente falleció a los 12 meses, analizando este caso presentaba pocas comorbilidades, una cardiopatía tratada con acenocumarol y presencia de lesiones distales que fueron placas y livedo, sin llegar a necrosis.

Respecto al tratamiento de las úlceras en estos pacientes existe debate sobre el correcto tratamiento local[24]. Algunos autores prefieren realizar desbridamiento quirúrgico de las áreas necróticas, mientras otros prefieren un abordaje más conservador, ya que el traumatismo local ha sido descrito como un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad[20].

No se objetivó en nuestro estudio ninguna mejoría con el desbridamiento, ya que todos los pacientes a los que se realizó desbridamiento fallecieron antes de los 3 meses y uno murió por sepsis. Este hecho nos hace dudar de la necesidad de la técnica en nuestros pacientes con muchas comorbilidades. Incluso en una paciente se llegó a desbridar por completo las úlceras y se consiguió un lecho con tejido de granulación, pero surgieron nuevas lesiones en muslos y falleció al poco tiempo.

Es indudable que las lesiones infectadas pueden requerir desbridamiento quirúrgico, para evitar la sepsis que, con frecuencia afecta a estos pacientes, siendo la causa de muerte[18].

Según Arsha Sreedhar[2] el papel del desbridamiento de las heridas en la CX es controvertido, por la escasa perfusión vascular periférica que puede retrasar la cicatrización de la herida.

Una escara seca intacta puede servir como barrera bacteriana, sobre todo si se trata de una herida mal perfundida. Estamos de acuerdo en que cuando el suministro de sangre a un área ulcerada se ve comprometido, el desbridamiento quirúrgico no sería necesario y el tratamiento más apropiado sería mantener la cura seca con povidona yodada para reducir la biocarga bacteriana en la superficie[24].

Esto ocurre igual en las ulceras arteriales que se mantiene la cura seca con antisépticos hasta que la extremidad no esté revascularizada, evitando el desbridamiento, para que no aumente el riesgo de infección debido a la necrosis húmeda[25]. También debemos de considerar el mantener las úlceras por calcifilaxis con cura seca mientras no se modifiquen los factores de riesgo y se controle el proceso de calcificación cutánea.

Debido a que todos los pacientes atendidos en la Unidad de Úlceras fallecieron en un tiempo muy rápido que va desde los 3 días a los 2 meses, podríamos considerar el tratamiento de las úlceras como al paciente con cuidados paliativos.

En función de todo ello, deberíamos tener unos objetivos terapéuticos realistas de acuerdo con las posibilidades de curación, actuando igual que en los cuidados paliativos, mientras no se normalicen las cifras de calcio, fósforo, PTH etc. En el paciente terminal se evita, en lo posible, técnicas agresivas en las úlceras (como por ejemplo el desbridamiento cortante injustificado), éstas se mantienen limpias y protegidas para evitar el desarrollo de infección, procurando mantener el confort y evitar el dolor.

El tratamiento de las úlceras se valorará en cada caso y el desbridamiento dependerá de la evaluación de las comorbilidades, la perfusión vascular y la presencia de infección[23]. Mientras el paciente no restablezca unos valores normales de calcio y fósforo, entre otros, la prioridad de estos pacientes serán más conservadores,

aplicando cuidados paliativos siendo prioritario el confort y el bienestar, tratando el dolor y evitando la sepsis.

Nuestro estudio tiene ciertas limitaciones como son principalmente el ser un estudio retrospectivo, unicéntrico y con un número reducido de casos. No incluye la revisión de todos los casos de calcifilaxis vistos en el hospital, si no los casos diagnosticados en el Servicio de Dermatología.

A pesar de que el paciente con CX no se considera como paciente terminal al haber posibilidades de respuesta a los tratamientos y de curación, se confirma en el estudio la elevada mortalidad de los pacientes y la supervivencia a muy corto plazo. Presentan muchas comorbilidades que limitan la calidad de vida y que los define como susceptibles de cuidados paliativos que les garantice una mejor calidad de vida.

CONCLUSIÓN:

Discutimos un enfoque sistemático respecto al tratamiento de las úlceras en pacientes con calcifilaxis, adoptando en ocasiones una visión paliativa, valorando el desbridamiento en cada caso según la evaluación de las comorbilidades, la perfusión vascular y la presencia de infección.

En el tratamiento de estos pacientes es fundamental un enfoque multidisciplinar, que incluya nefrólogos, dermatólogos, dermatopatólogos, enfermeros, nutricionista, equipo de manejo del dolor y equipo de enfermedades infecciosas.

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Cucchiari D, Torregrosa JV. Calcifilaxis en pacientes con enfermedad renal crónica: una enfermedad todavía desconcertante y potencialmente mortal. Rev Soc Esp Nefr. 2018;3 8(6):579–86.
2. Sreedhar A. Advanced-stage calciphylaxis: Think before you punch. Cleveland clinic journal of medicine. 2016; 83(8):562-4.
3. Torregrosa JV, Durán CE, Barros X, et al. Tratamiento eficaz de la arteriolopatía urémica calcificante con bifosfonatos. Rev Nefrol 2012; 32(3):329-34.
4. Wilmer WA, Magro CM. Calciphylaxis: emerging concepts in prevention, diagnosis, and treatment. Semin Dial. 2002; 15:172–86.
5. Nigwekar SU, Kroshinsky D, Nazarian RM, et al. Calciphylaxis: risk factors, diagnosis, and treatment. Am J Kidney Dis 2015; 66:133–46.
6. Weenig RH, Sewell LD, Davis MD, McCarthy JT, Pittelkow MR. Calciphylaxis: Natural history, risk factor analysis and outcome. J Am Acad Dermatol. 2007;56:569–79.
7. Hayasi M, Takamatsu I, Kanno Y, Yoshida T, Abe T, Sato Y. A case-control study of calciphylaxis in Japanese end stage renal disease patients. Nephrol Dial Transplant. 2012; 27:1580–4.
8. Kalisiak M, et al. Calcific uremic arteriolopathy (calciphylaxis): successful treatment with sodium thiosulfate in spite of elevated serum phosphate. J Cutan Med Surg. 2009;13(1):29–34.
9. Ross EA. Evolution of treatment strategies for calciphylaxis. Am J Nephrol. 2011;34:460–7.
10. Russo D, Capuano A, Cozzolino M, Napolitano P, Mosella F, Russo L, et al. Multimodal treatment of calcific uraemic arteriolopathy (calciphylaxis): A case series. Clin Kidney J. 2016;9:108–12.
11. Sood AR, Wazny LD, Raymond CB, et al. Tratamiento a base de tiosulfato de sodio en la arteriolopatía urémica calcificada: una serie de casos consecutivos. Nefr clín. 2011; 75 (1): 8-15.

12. Buigues Mengual F, Torres Pérez J, Mas Sesé G, et al. Paciente terminal. Guía de Actuación Clínica en AP. [monografía en Internet]. Valencia: Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat; 2019.

13. Sánchez Hernández R. Cuidados paliativos en la enfermedad renal crónica. NefroPlus. 2018;10(1):8-15.

14. Daudén E, Oñate MJ. Calciphylaxis. Dermatol Clin. 2008; 26:557-68.

15. Gómez de la Fuente E, Álvarez JG, Naza E, Palencia S, et al. Calcifilaxis en pacientes dializados. Rev Act Dermosifil. 2004. 95(3):66-70.

16. 16. Prados-Soler MªC, Del Pino y Pino MD, Garófano-López R, et al. Calcifilaxis severa en paciente en hemodiálisis. Rev Dial Traspl 2010;31(3):76-8.

17. Fernández, M. Calcifilaxis: más allá de CKD-MBD. Rev Nefr. 2017;37(5):501–7.

18. Nigwekar SU, Brunelli SM, Meade D, Wang W, Hymes J, Lacson EJ. Sodium thiosulfate therapy for calcific uremic arteriolopathy. Rev Clin J Am Soc Nephrol. 2013; 8(7):1162-70.

19. Prieto Espinoza, C. Calcifilaxis: Estudio descriptivo en pacientes con enfermedad renal crónica. Rev Clin Esp. 2015; 215.

20. Loidi Pascual L, Valcayo Penalba A, Saioa Oscoz Jaime A et al. Calcifilaxia. Estudio de 9 casos. Med Clin (Barc). 2016; 147(4):157–61.

21. Brandenburg VM, Kramann R, Rothe H et al. Calcific uraemic arteriolopathy (calciphylaxis): data from a large nationwide registry. Nephrol Dial Transplant. 2017; 32: 126–32.

22. Hammawa Malabu U. Calcific Uremic Arteriolopathy onMultimodal Combination Therapy: Still Unmet Goal. Int J Nephrol. 2012; 1-6.

23. Fine A, Zacharias J. Calciphylaxis is usually non-ulcerating: risk factors, outcome and therapy. Kidney Int. 2002; 61:2210–17.

24. Martin R. Mysterious calciphylaxis: Wounds with eschar to debride or not to debride. Ostomy Wound Manage. 2004;50:64–71.

25. Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Tercera edición. Madrid: AEEVH; 2017.

ESCALA PARA LA MEDICIÓN DEL GRADO AUTOPERCIBIDO DE AFINIDAD DEL MOSQUITO ANTROPOFÍLICO COMÚN

SCALE FOR THE MEASUREMENT OF THE SELF-PERCEIVED DEGREE OF AFFINITY OF THE COMMON ANTHROPOPHILIC MOSQUITO

Autores: Enrique Jesús Sáez-Álvarez [1,2], Pilar Medrano-Abalos [2].

(1) Enfermero. Doctor en Psicología por la Universidad Católica de Valencia
(2) Enfermera. Doctora en Enfermería por la Universidad Católica de Valencia

Contacto (*): enriquejesus.saez@ucv.es

Fecha de recepción: 26/04/2019
Fecha de aceptación: 30/04/2019

Sáez-Álvarez EJ, Medrano Abalos P. Escala para la medición del grado autopercibido de afinidad del mosquito antropofílico común. Enferm dermatol. 2019; 13(36): 35-40. DOI: 10.5281/zenodo.2917028

RESUMEN:

Hasta la fecha no somos capaces de dividir a la población en grupos claramente diferenciados en función de la atracción que producen hacia los mosquitos. El propósito del presente estudio consistió en el desarrollo y validación parcial de un cuestionario útil para discriminar sujetos que se perciben a sí mismos como más o menos atractivos para el mosquito antropofílico común. Tras la elaboración de 40 reactivos, éstos fueron administrados a una muestra de 141 alumnos de la Universidad Católica de Valencia. El Análisis Factorial exploratorio ofrece una solución de 9 factores que tras el análisis de Consistencia Interna son reducidos a seis. Como conclusión se genera una escala de seis factores y 34 ítems con un ajuste estadístico adecuado.

Palabras clave: Mosquito antropofílico común, Culex Pipiens., Afinidad percibida, Sensibilidad, Picadura.

ABSTRACT:

To date we are not able to divide the population into clearly differentiated groups based on the attraction they produce towards mosquitoes. The purpose of this study was the development and partial validation of a questionnaire useful to discriminate subjects who perceive themselves as more or less attractive to the common anthropophilic mosquito. After the elaboration of 40 items, these were administered to a sample of 141 Catholic university of Valencia students. The Exploratory Factor Analysis offers a solution of nine factors that after the analysis of Internal Consistency are reduced to six. With conclusions, a scale of 6 factors and 34 items is generated with an adequate statistical adjustment.

Keywords: Common anthropophilic mosquito, Culex Pipiens, Perceived affinity, Sensitivity, Bite.

INTRODUCCIÓN:

Los mosquitos o culícidos son insectos que pertenecen a la orden Díptera, la cual incluye también a las moscas y tábanos entre otros[1]. Dentro de los dípteros se encuentra la familia de los Culicidae, que se distingue del resto de los de su orden por los rasgos característicos de los individuos adultos: las alas y su venación (sistema venoso que recorre las alas), las escamas

que tienen a lo largo de las venas de las alas y su larga probóscide. En la familia Culicidae hay 3556 especies de mosquitos, divididas en dos subfamilias: *Anophelinae* y *Culicinae*. Esta última, cuenta con 110 géneros, entre los que está el género Culex, al que pertenece el mosquito antropofílico común o *Culex Pipiens*[2] **(Figura 1)**.

Figura 1: Mosquito Culex pipiens. (autor: Urmas Tartes, licencia CC BY-SA 4.0).

Los mosquitos requieren una fuente de alimentación que les proporcione energía, como es el néctar de las flores. Para los machos constituye su único alimento y las hembras también lo consumen, pese a la necesidad de alimentarse de sangre para reproducirse[3,4]. La ingesta de sangre, ya sea de naturaleza zoofílica o antropofílica, es necesaria para que se produzca la vitelogénesis y de vital importancia para que se inicie la oogénesis[5].

Desde el siglo pasado se ha observado un aumento en la población de mosquitos, el número de especies, el alcance y distribución de algunas de ellas y, por lo tanto, del rango de población al que afectan las enfermedades de las que dichas especies son vectores[2,6]. Esta variación se ha atribuido en múltiples ocasiones al cambio climático y al aumento de las temperaturas globales atmosféricas[6]. En este sentido, el trabajo de Hongoh et al[7]confirma que, gracias a los efectos que tendría el cambio climático en el grado de supervivencia y el rango eográfico del *Culex pipiens*, ambos se verían aumentados.

Por otra parte, Rochlin et al[7] informa que, en las últimas ocho décadas, los elementos que han tenido mayor influencia en el cambio en la población de los mosquitos en las costas norteamericanas han sido la creciente urbanización y el uso de productos químicos, especialmente el uso de pesticidas organoclorados, en concreto el dicloro difenil tricloroetano, aumentando la población de mosquitos en las áreas urbanizadas en las que se ha evidenciado una disminución del uso de este pesticida.

En cuanto a la afinidad o atracción de los mosquitos hacia sus huéspedes, es importante destacar que las hembras de los mosquitos son las únicas que pican, y se sirven de señales químicas y físicas para localizar su fuente de alimentación sanguínea en huéspedes vertebrados. Según se trate de una especie zoofílica o antropofílica muestran unos criterios de preferencia distintos. Mientras que los culícidos zoofílicos responden al CO_2 y al octenol, que son liberados en el proceso de la respiración y en las excreciones, los mosquitos antropofílicos responden preferentemente al ácido láctico y a varios compuestos del sudor[8].

El nivel de ácido láctico en la piel del huésped influye en la atracción que ejerce el humano sobre el mosquito. Los distintos olores que genera el cuerpo humano también hacen zonas de éste más atractivas para los culícidos que otras. Por ejemplo, el *Anopheles gambiae*, vector de la malaria, es atraído preferentemente por los miembros inferiores, especialmente los pies. Este mosquito también es atraído por la mezcla de ácidos grasos que se dan en el queso Limburger, en cuyo proceso de fermentación interviene la bacteria *Brevibacterium linens*, similar a la bacteria *Brevibacterium epidermidis*, que coloniza las hendiduras interdigitales podales[8,9].

Otro factor atractivo es el pH y el sudor. Se ha comprobado la mayor preferencia de las

hembras por el sudor incubado durante un día que por el sudor fresco, pudiéndose deducir que los hábitos higiénicos del posible huésped juegan un papel importante en la atracción que genera en el mosquito. Así mismo, las hembras de *Anopheles gambiae*, mostraron mayor predilección por los individuos que producen sudor alcalino que aquellos que producen sudor ácido. La especie *Anopheles gambiae* junto con *Aedes aegypti* también han demostrado tener afinidad por los ácidos grasos de corta cadena presentes en la piel y el sudor de un individuo[8]. De éstos, el que mayor respuesta parece dar es el ácido metanoico[10].

Las señales químicas aéreas, que intervienen en el proceso de atracción de un mosquito a un huésped, varían según que el proceso sea a larga o corta distancia. El CO_2 interviene en ambos puesto que es el encargado de activar el proceso de localización de huésped y es también un factor de atracción[11]. En primer lugar, orienta al culícido hacia el huésped y, en segundo lugar, tiene una acción combinada con la convección de las corrientes de humedad, cercanas al huésped, que intervienen en la orientación hacia el huésped a corta distancia[12], y con los olores que este desprende a larga distancia[13].

Sin embargo, y pese a todas las líneas de investigación llevadas a cabo, todavía no somos capaces de dividir a la población en grupos claramente diferenciados en función de la atracción que producen hacia los mosquitos. Se planteó en el presente estudio que la construcción de un cuestionario sobre la afinidad que el sujeto percibe en él mosquito antropofílico común podría cubrir este importante vacío, ya que todavía no se cuenta con un instrumento que sea capaz de tener en cuenta al huésped como sujeto de screening.

Es prioritaria pues la construcción de un instrumento que pudiera discriminar entre sujetos más o menos susceptibles a la picadura del mosquito antropofílico común de una manera rápida y fiable, ya que podría aportar datos relevantes en un área que, como la investigación precedente señala, es de máximo interés a nivel de la salud pública mundial.

Por lo que, el objetivo del presente trabajo consistió en el desarrollo y validación parcial de un cuestionario útil para discriminar sujetos que se perciben a sí mismos como más o menos atractivos para el mosquito antropofílico común.

MÉTODOS:

Estudio observacional descriptivo de validación parcial de un cuestionario para medir el grado autopercibido de afinidad del mosquito antropofílico común.

Tras una revisión bibliográfica en bases de datos de uso general, de la literatura publicada sobre el tema, se procedió a la elaboración de 60 reactivos, tras la cual y mediante el método Delphi se obtuvo un primer cuestionario conformado por los cuarenta ítems en los que se llegó a consenso, así como a una factorización teórica de los mismos compuesta por siete factores **(ver Tabla 1).**

Estos cuarenta reactivos mezclados de manera que no hubiera dos o más reactivos de un mismo factor seguidos fueron administrados a una muestra de conveniencia formada por 141 alumnos de la Universidad Católica de Valencia de los cursos segundo y cuarto del Grado en Enfermería, mediante un pase único a ambos grupos en horario lectivo.

Con los datos obtenidos se realizó un análisis factorial exploratorio, mediante rotación Varimax, para intentar confirmar los factores teóricos, así como un estudio de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach.

Factor	1	2	3	4	5	6	7
Nombre	**Afinidad**	**Sensibilidad**	**Predicción**	**Catastrofismo**	**Control**	**	**Resistencia**
Ítems	**1, 2, 3, 5, 7, 11, 24, 26, 28, 29, 30*, 31*, 32, 33, 38**	**4, 8*, 12, 14, 15*, 22, 25, 34 y 36**	**9, 20, 21 y 23**	**15*, 16, 19 y 27**	**18 y 40**	**6, 10, 13, 17, 30*,31 y 39***	**8*, 35, 37 y 39***

Tabla 1: Factorización. (**ítems que los expertos sitúan en dos factores. ** retirado por baja especificidad y repetitivo)*

RESULTADOS:

El 69,7% de los sujetos perteneció al sexo femenino. La edad media de la muestra fue de 21,2 años (d.t. 4,5).

El análisis factorial con rotación Varimax produce una solución de nueve factores conformados por 40 ítems:

f1: 13 ítems; **f2:** 7 ítems; **f3:** 4 ítems; **f4:** 4 ítems; **f5**: 2 ítems; **f6**: 2 ítems; **f7:** 4 ítems; **f8:** 2 ítems; **f9:** 2 ítems.

El análisis de consistencia interna muestra un alfa de Cronbach de alta fiabilidad 14 para los factores f1, f2 y f3; moderada para f4, f5, moderada-baja para f7 y baja o muy baja para f6, f8 y f9 (**Tabla 2**).

Factor	f1	f2	f3	f4	f5	f6	f7	f8	f9
α Cronbach	.941	.855	.819	.678	.705	.078	.521	.364	.339

Tabla 2. Análisis de consistencia interna por factores.

Por lo que se retiran los factores 6, 8 y 9. Quedando una solución satisfactoria de 34 ítems agrupados en seis factores:

- **f1** (Afinidad percibida) formado por 13 ítems: 1, 3, 5, 8, (-), 10,13, 17, 21, 24, 26, 29,31 y 32.
- **f2**: (Sensibilidad) formado por 7 ítems: 2, 9, 15, 19, 22, 32 y 34.
- **f3:** (Predicción / Anticipación) formado por 4 ítems: 14, 18, 27 y 30.
- **f4:** (Catastrofismo) formado por 4 ítems: 4,11,16 y 25.
- **f5:** (Control del síntoma) formado por 2 ítems: 6 y 20
- **f6:** (Tolerancia) formado por 4 ítems: 7, 12, 23 y 28 (antes f7).

DISCUSIÓN:

Hasta donde sabemos, no existe un instrumento capaz de discriminar entre aquellos sujetos que son más o menos propensos a sufrir picaduras de mosquitos. Este es el principal motivo que hace que el cuestionario que se presenta aquí con unos ajustes psicométricos robustos se constituya en una herramienta, a priori, relevante para el conocimiento de áreas tan importantes como son las derivadas de la fenomenología relacionada con la apetencia u afinidad del mosquito antropofílico común y, en todo caso y más en concreto con la posibilidad, hasta ahora inoperante, de dividir a la población en grupos en relación a dicha afinidad, lo que permitirá en el futuro poder focalizar la investigación en función, al menos, de dicha característica. Es, a nuestro entender, una oportunidad de apertura hacia la exploración de áreas que hasta ahora no eran accesibles.

Hay que tener en cuenta que no queda claro si la percepción de afinidad por el mosquito antropofílico común se correlaciona positivamente con el grado de afinidad real.

A este tipo de resultado es difícil llegar todavía con esta aproximación, por lo que es un necesario campo de investigación futura para poder dar el debido soporte al instrumento. Por otro lado, es importante recalcar que el instrumento puede ser mejorado, por lo que serían necesarios nuevos estudios con diferentes muestras, con variación en la edad, exposición profesional, áreas geográficas, clima, etc. para, mediante por ejemplo un análisis factorial confirmatorio, afianzar los factores que subyacen en la presente investigación, consolidando estos resultados preliminares que, no obstante, ya cuentan con criterios de bondad suficientes como para permitir que el instrumento pueda ser aplicado con garantía, al menos, en grupos con características similares a las presentadas.

En conclusión, se ha construido un cuestionario de 34 ítems y seis dimensiones (Afinidad percibida; Sensibilidad; Predicción/Anticipación; Catastrofismo; Control del síntoma y Tolerancia), con garantías psicométricas de validez de contenido y consistencia interna[14] que se ha denominado escala AMAC (escala para el estudio de la afinidad del mosquito antropofílico común) (**ver anexo 1**).

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS:

los autores deseamos agradecer al Dr. D. Federico Palomar Llatas su ayuda, paciencia, interés y confianza.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Badii M, Garza V, Landeros J, Quiroz H. Diversidad y Relevancia de los mosquitos. CULCyT [revista en Internet]. 2006, 3 (13) [4-8].

2. Harbach RE. Mosquito Taxonomic Inventory [sede Web]. 2013.

3. Woodbrige AF. Mosquito Sugar Feeding and Reproductive Energetics. Annu. Rev. Entomol. 1995; 40: 433-474.

4. Magnarelli LA. Diurnal Nectar-Feeding of Aedes cantator and A. sollicitans (Diptera: Culicidae). Environmental Entomology.1979; 8 (5).

5. Briegel H. Physiological bases of mosquito ecology. Journal of Vector Ecology. 2003; 28 (1): 3-5.

6. Rochlin I, Faraji A, Ninivaggi DV, Barker CM, Kilpatrick AM. Anthropogenic impacts on mosquito populations in North America over the past century. Nat Commun. 2016

7. Hongoh V, Berrangg-Ford L, Scott ME, Lindsay LR. Expanding geographical distribution of the mosquito, Culex pipiens, in Canada under climate change. Ap. Geog. 2012; 33: 53-62.

8. Torres-Estrada JL, Rodriguez MH. Señales físico químicas involucradas en la búsqueda de hospederos y en la inducción de picadura por mosquitos. Salud pública Méx [revista Internet]. 2003; 45 (6):p.497-505.

9. Muñnoz J, Eritja R, Alcaide M, Montalvo T, Soriguer RC, Figuerola J. Host-feeding patterns of native Culex pipiens and invasive Aedes albopictus mosquitoes (Diptera: Culicidae) in urban zones from Barcelona, Spain. 2011; 48(4):956-60.

10. Cork A, Park KC. Identification of electrophysiologically-active compounds for the malaria mosquito, Anopheles gambiae, in human sweat extracts. Med Vet Entomol.1996;19 (3): 269-276.

11. Takken W. The Role of Olfaction in Host-Seeking of Mosquitoes: A Review. Int J Trop Insect Sci. 1991; 12 (1-2-3): 287-295.

12. Cork A. Olfactory basis of host location by mosquitoes and other haematophagous Diptera. Ciba Found Symp. 1996; 200:71-84

13. Gillies MT. The role of carbon dioxide in host-finding by mosquitoes (Diptera: Culicidae): a review. Bull Entomol Res. 1980; 70 (4): 525-532.

14. Cicchetti, D. V. Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. Psychol Assess. 1994; 6(4): 284-90.

ANEXO 1:

Escala AMAC para la medición del grado autopercibido de afinidad del mosquito antropofílico común

Lee cuidadosamente cada afirmación e indica hasta qué punto estás de acuerdo o en desacuerdo.
TD: Totalmente en desacuerdo. **AD:** Algo en desacuerdo. **I:**Indeciso. **AA:**Algo de acuerdo. **TA:**Totalmente de acuerdo

1. Los mosquitos me pican más veces que a la mayoría de las personas.	TD	AD	I	AA	TA
2. Me altero bastante cuando me pica uno o dos mosquitos.	TD	AD	I	AA	TA
3. Si somos varios y hay un mosquito, me pica a mí.	TD	AD	I	AA	TA
4. Si estoy en la cama y me pica un mosquito ya no puedo dormir.	TD	AD	I	AA	TA
5. Creo que atraigo a los mosquitos.	TD	AD	I	AA	TA
6. Uso remedios caseros para el picor.	TD	AD	I	AA	TA
7. Tolero bien hasta 5 picaduras de mosquito.	TD	AD	I	AA	TA
8. En general, me pican más bichos que a los demás.	TD	AD	I	AA	TA
9. Las picaduras de mosquito son insoportables.	TD	AD	I	AA	TA
10. Nunca me pica un mosquito solo, siempre son varios.	TD	AD	I	AA	TA
11. Si estoy a punto de dormir y escucho un mosquito me desvelo y no duermo.	TD	AD	I	AA	TA
12. Las molestias producidas por las picaduras de los mosquitos me duran menos de una semana.	TD	AD	I	AA	TA
13. Conozco personas a las que los mosquitos les pican más que a mí.	TD	AD	I	AA	TA
14. Desde este momento y hasta antes de irme a dormir me habrá picado algún mosquito.	TD	AD	I	AA	TA
15. Las picaduras de mosquito me molestan más que al resto de mis amigos.	TD	AD	I	AA	TA
16. Una sola picadura de mosquito me puede echar a perder el día.	TD	AD	I	AA	TA
17. En toda mi vida me habrán picado más de quinientos mosquitos.	TD	AD	I	AA	TA
18. Esta semana me picará algún mosquito.	TD	AD	I	AA	TA
19. El picor de las picaduras de mosquito es insoportable.	TD	AD	I	AA	TA
20. Uso remedios caseros para evitar que me piquen los mosquitos.	TD	AD	I	AA	TA
21. A la mayoría de las personas les pican los mosquitos menos veces que a mí.	TD	AD	I	AA	TA
22. Me pongo de los nervios cuando me pica un solo mosquito.	TD	AD	I	AA	TA
23. Tolero bien hasta 3 picaduras de mosquito.	TD	AD	I	AA	TA
24. A menudo siento que los mosquitos van a por mí.	TD	AD	I	AA	TA
25. Ningún repelente de mosquitos es eficaz conmigo.	TD	AD	I	AA	TA
26. Alguna vez he pensado que los mosquitos siempre me pican a mí.	TD	AD	I	AA	TA
27. Antes de que pasen 24 horas me picará algún mosquito.	TD	AD	I	AA	TA
28. Los fármacos para el picor me alivian.	TD	AD	I	AA	TA
29. Si hay un mosquito cerca seguro que me pica.	TD	AD	I	AA	TA
30. Casi todas las noches escucho el zumbido de algún mosquito.	TD	AD	I	AA	TA
31. Por mucho que me tape, siempre me pican los mosquitos.	TD	AD	I	AA	TA
32. Cada vez que me pica un mosquito lo paso fatal.	TD	AD	I	AA	TA
33. Todos los años hay algún día en que voy llena/o de picaduras de mosquitos.	TD	AD	I	AA	TA
34. A veces me ha despertado el picor.	TD	AD	I	AA	TA

CASO CLÍNICO DE PANICULITIS CARACTERIZADO POR TUMORACIÓN SUBCUTÁNEA EN MUSLO

CLINICAL CASE OF PANNICULITIS CHARACTERIZED BY SUBCUTANEOUS TUMOR IN THE THIGH

Autores: Federico Palomar-Llatas (1,2) (*), Jorge Zamora-Ortiz (1,2), Begoña Fornes-Pujalte (1,2), Concepción Sierra-Talamantes (1,2), David Palomar-Albert (2), Paula Díez-Fornes (2).

(1) Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas. Hospital General Universitario de Valencia
(2) Cátedra Hartmann de Integridad y Cuidado de la Piel. Universidad Católica de Valencia

Contacto (*): federicop43@gmail.com

Fecha de recepción: 11/04/2019
Fecha de aceptación: 26/04/2019

Palomar-Llatas F, Zamora-Ortiz J, Fornes-Pujalte B, Sierra-Talamantes C, Palomar-Albert D, Díez-Fornes P. Caso clínico de paniculitis caracterizado por tumoración subcutánea en muslo. Enferm dermatol. 2019; 13(36): 41-44. DOI: 10.5281/zenodo.2917734

RESUMEN:

Presentamos un caso clínico de paniculitis en muslo que aparentaba ser una calcifilaxia, pero tras realizar dos biopsias se consiguió determinar el diagnóstico correcto y posteriormente instaurar el tratamiento terapéutico adecuado basado en desbridamiento y abordaje de cura en ambiente húmedo hasta su cicatrización.

Palabras clave: Paniculitis, Inflamación Subcutánea, Tumoración, Cura en ambiente húmedo.

ABSTRACT:

We present a clinical case of panniculitis in the thigh that appeared to be a calciphylaxis, but after carrying out two biopsies, it was possible to finish the correct diagnosis and later to establish the adequate therapeutic treatment based on debridement and treatment of cure in a humid environment until it is healing.

Keywords: Panniculitis, Subcutaneous Inflammation, Tumor, Humid Environment Cure.

INTRODUCCIÓN:

La paniculitis (inflamación de la grasa subcutánea) es una afección relativamente poco frecuente que generalmente se presenta con nódulos o placas inflamatorias. Existe una amplia variedad de subtipos de paniculitis, incluidas paniculitis relacionadas con infección, lesiones externas, malignidad y enfermedades inflamatorias[1].

El diagnóstico de paniculitis puede ser complicado porque diferentes formas de paniculitis pueden presentarse con hallazgos clínicos similares, y muchos tipos de paniculitis son raros. Es necesaria una valuación clínica cuidadosa que incluya una evaluación de los factores de riesgo del paciente, la distribución de la lesión y los hallazgos clínicos asociados (p. ej., ulceración, esclerosis, atrofia) lo que puede proporcionar pistas valiosas para un correcto tratamiento terapéutico.

Aunque el examen histopatológico del área afectada puede ser beneficioso, las interpretaciones de los hallazgos de la biopsia deben ser completados con una adecuada correlación clínica, así como, considerar otros os diagnósticos diferenciales y patológicos, para no establecer

un diagnóstico erróneo lo que puede llevarnos a un abordaje de la lesión de forma incorrecta.

Con este artículo queremos presentar un caso clínico de una tumoración subcutánea en muslo que aparentaba a ser una calcifilaxia, pero que tras realizar hasta dos biopsias se consiguió determinar el diagnóstico correcto para instaurar posteriormente el tratamiento terapéutico adecuado.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO:

Antecedentes:

Mujer de 54 años, con antecedentes de diabetes tipo 2, nefropatía, psoriasis, amputación 2º, 3º, 4º y 5º dedo pie derecho e izquierdo.

Presenta en muslo izquierdo placa necrótica **(Figura 1)** con sospecha de lesión producida por fricción, pero a la palpación presenta tumoración subcutánea de 10 x 10 cm y con dolor en la escala EVA de 8 (dolor severo).

Figura 1: Placa necrótica en muslo izquierdo

La paciente no refiere traumatismo alguno y a las 48 horas, presenta una placa necrótica con eritema perilesional y sin fluctuación, ante la sospecha de un absceso se realiza desbridamiento cortante de necrosis superficial **(Figura 2)** con presencia de exudado purulento, maloliente.

Se realiza biopsia del lecho por sospecha de calcifilaxia, dando un resultado negativo en los capilares dérmicos.

Figura 2: Desbridamiento cortante de la necrosis.

Diagnóstico, evolución y tratamiento:

El tratamiento tópico inicial fue lavado de la lesión con solución de polihexanida al 0,1% (Prontosan®), pasta de óxido de zinc perilesional y apósito con solución de Ringer (hydroclean®) saturado con polihexanida y apósito secundario de espuma **(Figura 3).**

Figura 3: Desbridamiento cortante de la necro

Persistiendo la tumoración interna profunda y dolorosa, se realiza nueva biopsia por descartar la sospecha de un sarcoma de partes blandas, siendo el resultado negativo para tumor, se le realiza resonancia magnética y se observa masa de aspecto inflamatorio sin adherencias

en tejidos adyacentes y tras realización de nueva biopsia se le diagnostica una paniculitis.

Durante el proceso de pruebas diagnósticas se le recomienda limpieza con clorhexidina tópica. Pasado un mes se ve de nuevo en consulta dermatológica y la paciente continúa refiriendo dolor (EVA=10) a la palpación. El aspecto de la lesión presenta tejido necrosado y eritema perilesional.

Se decide entonces realizar un nuevo desbridamiento cortante, observando en el lecho tejido graso **(Figura 4)**, se reanuda de nuevo el tratamiento con apósito con solución de Ringer (hydroclean®) saturado con polihexanida y apósito secundario de espuma.

Figura 4: Presencia de tejido graso en el lecho de la lesión.

Pasado un mes del tratamiento, realizando desbridamientos cortantes del tejido graso, el lecho presenta tejido de granulación **(Figura 5)**.

Figura 5: Tejido de granulación con esfacelos en los bordes.

Se alternan los tratamientos tópicos con apósito con solución de Ringer (hydroclean®) saturado con polihexanida y apósito secundario de espuma, con tratamiento de crema con ácido hialurónico, apósito de componente argéntico y apósito secundario de espuma.

Ya en el último mes, el tratamiento tópico se realizó con crema de ácido hialurónico y apósito secundario de espuma, hasta la completa cicatrización. Recomendando a la paciente hidratación de la zona cicatricial **(Figura 6)**.

Figura 6: Tejido epitelizado.

DISCUSIÓN / CONCLUSIONES:

Aunque la sospecha de paniculitis típicamente se evidencia tras un examen físico, donde la palpación de un área afectada revela los nódulos y las placas profundos característicos de un proceso inflamatorio localizado debajo de la dermis, no siempre son exclusivos de la paniculitis y, según el escenario clínico, es posible que se deban considerar también otras lesiones dermatológicas que afectan a la dermis profunda o la fascia (p. ej. Calcifilaxis)[1,2].

Algunos tumores benignos y malignos pueden manifestarse como nódulos subcutáneos. Si también hay una inflamación aguda, pudiendo ser difícil distinguir clínicamente estos tumores de los nódulos asociados con hematomas profundos[3].

En nuestro caso clínico hubo cierta complejidad para instaurar el diagnóstico correcto debido al confuso cuadro clínico que presentaba la tumoración del muslo asociado a una placa necrótica y eritema perilesional. Entre los diagnósticos diferenciales descartados se tuvo en cuenta el sarcoma de partes blandas y la califilaxis.

Finalmente, tras el diagnóstico correcto de paniculitis subcutánea de miembro inferior, y la instauración de curas tópicas combinadas con varios desbridamientos cortante y osmótico, así como, limpieza y desinfección de la herida con polihexamida y clorhexidina y cura oclusiva en ambiente húmedo[4-9], propició su pronta resolución pasados unos meses.

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA: .

1. Lee L. Panniculitis: Recognition and diagnosis. UpToDate; 2018.

2. Requena L, Sánchez Yus E. Panniculitis. Part II. Mostly lobular panniculitis. J Am Acad Dermatol. 2001; 45:325-61.

3. Wick MR. Panniculitis: A summary. Semin Diagn Pathol. 2017 May;34(3):261-72.

4. Lucha Fernández V, Muñoz Mañez V, Fornes Pujalte b, García-Garcerá M. La cicatrización de las Heridas. Enferm dermatol. 2008; 2(3):8-15.

5. Palomar-LLatas F, Fornes-Pujalte B, Sierra-Talamantes C, Díez-Fornes P, Castellano-Rioja E, Palomar-Albert D, Zamora Ortiz J, Bonías-López J. Uso de un apósito para desbridamiento osmótico de hematomas subcutáneos postraumáticos. Enferm Dermatol. 2016; (10(28): 16-22.

6. European Wound Management Association (EWma). Preparación del lecho de la herida en la práctica. Documento de posicionamiento. Londres: MEP; 2004.

7. S.J. Landis. Chronic wound infection and antimicrobial use. Adv Skin Wound Care. 2008; 21:531-40.

8. Horrocks A. Prontosan wound irrigation and gel: management of chronic wounds. B J Nurs. 2013; 15(22): 1222, 1224-8.

9. Erasto Villar Rojas A; Villar Hernández AR; Díaz Mateos M. Descripción de una nueva combinación de técnicas para el desbridamiento de heridas crónicas. Gerokomos; 2010; 21(1): 44-7.

El BLOG "URGENCIAS Y EMERGENCIAS" Y SU INICIATIVA #NOALPLAGIO

THE BLOG "URGENCIES AND EMERGENCIES" AND ITS INITIATIVE #NOALPLAGIO

Autor: Luis Arantón-Areosa.

PhD, MSN, RN. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. Servizo Galego de Saúde (Sergas).
Grupo de investigación: Integridad y Cuidados de la Piel. Universidad Católica de Valencia.

Contacto: luaranton@gmail.com

Fecha de recepción: 08/04/2019
Fecha de aceptación: 26/04/2019

Arantón-Areosa L. El blog "urgencias y emergencias" y su iniciativa #NOALPLAGIO. Enferm Dermatol. 2019; 13(36): 45-47. DOI: 10.5281/zenodo.3068129

Desde **Derm@red**, promovemos el uso y disfrute, en abierto y de forma gratuita (free), de contenidos de salud fiables y de calidad, pero de la misma manera, estamos en contra de que terceras personas u organizaciones, se apropien del trabajo de cualquier autor, copiando descaradamente los contenidos y borrando los nombres de los autores originales, para hacer pasar ese material, como trabajo propio (ponen encima su firma), de forma que vulneran directamente toda la normativa legal y los derechos de propiedad intelectual.

El pasado 12 de octubre de 2018, una serie de profesionales, entre los que se encuentran:

- La enfermera de UVI Móvil, Elena Plaza Moreno: @urgenciasemerge en Twitter y Urgencias y Emergencias en Facebook e Instagram).
- Chema Cepeda (@ChemaCepeda_ en Instagram y Twitter).
- Silvia Sánchez (@enfermeriacreativa en Instagram y @Creative_Nurse en Twitter).

cansados de sufrir estas injusticias, ha lanzado la campaña **#NOALPLAGIO** (Imagen 1) y la cuenta de instagram @noplagio (imagen 2) a la que se puede acceder desde el siguiente enlace:

https://www.instagram.com/noplagio/?utm_source=ig_embed. Si descubres algún plagio (o que te plagian a ti) y quieres contribuir a evitarlo, comunícaselo por mensaje directo y tratarán de solucionarlo (Imagen 2).

Hay que destacar que esta campaña, no pretende limitar el acceso gratuito a los contenidos (aunque muchas veces tengan un proceso de creación muy laborioso), ni mucho menos, sino evitar que estos delincuentes virtuales se aprovechen del contenido de otros autores, para incrementar su número de seguidores y mejorar la repercusión de sus cuentas, haciendo creer a sus seguidores, que son ellos los verdaderos autores.

Imagen 1.- Campaña #NOALPLAGIO

Imagen 2: No al Plagio en Instagram y Twitter

Una de las cosas más positivas de las redes sociales (RRSS), es la forma y rapidez en compartir contenidos, en compartir verdadero conocimiento y de forma altruista. La mayoría de los autores, no buscan más reporte, que no sea el mero reconocimiento a la labor de creación y difusión; comparten su material en abierto, para que todos podamos acceder, utilizar, complementar o incluso criticar dichos contenidos, pero al menos reconociendo la autoría original.

Cuando nos encontramos con contenidos que han sido vampirizados y que se difunden eliminando el nombre del autor o autores originales, estamos ante un acto éticamente reprobable y en muchos casos, también pudiera serlo a nivel legal, máxime si a la ocultación de la autoría, le sumamos, además que hagan pasar esos contenidos por propios, poniendo encima la firma del que los está usurpando.

Este tipo de actitudes, genera otro efecto demoledor sobre los autores originales ya que, con frecuencia, ese "todo vale", produce una sensación de indefensión que puede verse reflejada en una drástica disminución de contenidos a compartir.

Citar a los autores, es una necesidad, pero también una responsabilidad, una obligación y un deber ético y profesional **#NOALPLAGIO**

En esta entrega y siguientes, vamos a profundizar un poco en los contenidos que elaboran, comparten y difunden como profesionales comprometidos con los cuidados, la formación y la difusión de proyectos de salud.

Comenzamos con la página Web de Elena Plaza Moreno, que aúna web, blog, podcast, canal de youtube y alguna que otra sorpresa.

"Urgencias y Emergencias" (imagen 3)

https://www.urgenciasyemergen.com/noalplagio/

Imagen 3: Web de Urgencias y Emergencias.

Esta Web (imagen 4), está gestionada por Elena Plaza, enfermera de UVI Móvil de Madrid, que también es docente en Fuden e instructora de soporte vital básico y avanzado por la American Heart Association (AHA). Elena define la RRSS como "pura magia".

Imagen 4: Contenidos de la web de urgencias y emergencias.

En su página, podrás encontrar, además de su blog, podcast y canal de youtube, de los que os hablaré un poco más adelante, materiales muy interesantes en secciones como la que versa sobre RCP (las guías oficiales y sus actualizaciones), con resúmenes sobre lo más destacado o los últimos cambios a tener en cuenta; sin duda, un material muy interesante, útil y atractivo (y con un gran esfuerzo detrás). La sección de electrocardiografía, aporta un montón de recursos, recomendaciones, cursos formativos, ejemplos y casos prácticos sobre diversa patología, todo muy interesante y desde una perspectiva práctica. En la sección de ecografía para enfermería, recopila una serie de vídeos, documentos y recursos online (guías, libros, manuales, enlaces...) de gran utilidad para la práctica clínica enfermera; pero siendo todo muy interesante, si tuviera que destacar algo, sin duda serían el blog, el canal de podcast y académicos, profesionales y humanos desde su perspectiva siempre analítica, incisiva, e incluso reivindicativa... un poco arriesgada, como la propia Elena la define. Absolutamente recomendable.

Imagen 5: Tuit de Charo Boscá y #NOALPLAGIO

Si queréis conocer un poco mejor a Elena, os recomiendo que veáis la entrevista que le hizo JA. Alguacil (Fefo) @ciberfefo para la comunidad de creadores "Healthcare Creators" (https://healthcarecreators.es), a la que se puede acceder desde este enlace: https://www.youtube.com/watch?v=f5NRdwKDapo en la que Elena nos cuenta su evolución personal y profesional de la mano de JA. Alguacil. Seguro que no os defraudará.

A continuación dejo dos tuits publicados por profesionales referentes en cuidados y RRSS, como son Charo Boscá @Charorx y Jesús del Río @chuchencio, sobre esta genial campaña de #NOALPLAGIO **(Imágenes 5 y 6)**, De los otros dos componentes de la iniciativa #NOALPLAGIO (Chema Cepeda y Silvia Sánchez) hablaremos en posteriores entregas de Derm@red.

Imagen 6: Jesús del Río y #NOALPLAGIO

Recordar que como siempre, podéis hacernos llegar vuestras sugerencias sobre los contenidos que os gustaría abordásemos en esta sección de **Derm@red**, a la siguiente dirección: luaranton@gmail.com.

Gracias por estar ahí.

DERMATITIS DE CONTACTO RELACIONADA CON SOLUCIÓN HIDROALCOHÓLICA

CONTACT DERMATITIS RELATED TO HYDROALCOHOLIC SOLUTION

Fecha de recepción: 08/04/2019
Fecha de aceptación: 26/04/2019

Rumbo-Prieto JM, Cortizas-Rey JS. Dermatitis de contacto relacionada con solución hidroalcohólica. Enferm Dermatol. 2019; 13(36): 48-50. DOI: 10.5281/zenodo.2918464

Sr Director:

La piel humana actúa como una estructura que protege al organismo aislándolo del medio externo e impidiendo el paso de gérmenes al interior el mismo. En 1938, Price [1] estableció que las bacterias y hongos presentes en las manos se podían dividir en dos categorías, una flora residente (microbiota) transitoria, consistente en microorganismos que residen generalmente debajo de las células superficiales del estrato córneo y/o en la superficie epidérmica; y la flora transitoria, que coloniza las capas superficiales de la piel, la cual es más fácil de eliminar mediante la higiene de las manos de rutina, siendo ésta la flora más patógena y la que ha demostrado tener mayor implicación en los brotes de infecciones cruzadas intrahospitalarias[2].

Es por ello, que la higiene de manos es considerada una medida eficaz y sencilla para reducir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS), ya que disminuye tanto la flora microbiana residente como la transitoria y prolonga un efecto antimicrobiano residual. A pesar de ello, el personal sanitario se lava las manos menos de la mitad de las ocasiones en las que debería hacerlo[2-7].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda realizar la higiene de manos con solución hidroalcohólica (soluciones microbianas preparadas a base de alcohol), especialmente la prequirúrgica, ya que disminuye de forma significativa la concentración bacteriana de las manos, se acompaña de un tiempo de latencia similar a la de otras técnicas, además tiene menor coste (ahorro de un 50%), menores necesidades de espacio para su almacenamiento, y en poco tiempo consigue una mayor reducción de la cantidad de microorganismos (expresada en unidades formadoras de colonias o UFC); así mismo, obtiene un mayor efecto antimicrobiano residual y produce menos problemas cutáneos en las personas que la utilizan[2].

Sin embargo, la OMS da por hecho que las soluciones hidroalcohólicas pueden presentar reacciones en la piel relacionadas con la higiene de manos[2]. Éstas reacciones en la piel de las manos de los profesionales de la salud suelen aparecer por la necesidad de realizar una higiene de manos de forma frecuente (varias veces al día) durante su práctica sanitaria habitual.

Es por ello, que se pueden dar dos tipos principales de reacciones en la piel asociados con la higiene de manos[2,9]. El primer tipo suele ser la **dermatitis irritante de contacto** e incluye síntomas tales como sequedad, irritación, picazón y en algunos casos hasta grietas y sangrado. El segundo tipo de reacción en la piel es la **dermatitis alérgica de contacto**. Esta es más rara y suele representar una alergia a algún ingrediente del producto utilizado para la higiene de manos. Los síntomas de la dermatitis alérgica de contacto pueden variar desde leves y localizados a graves y generalizados (anafilaxia).

En nuestro ámbito laboral hemos documentado varios casos simples de dermatitis irritante de contacto en profesionales de enfermería, tras

higienización de las manos de forma repetida, justificada por una intensa actividad sanitaria mediante técnica por fricción con un preparado de base alcohólica. En todos los casos, la dermatitis de contacto fue simple no irritativa, y se caracterizó por sequedad, descamación epidérmica y leve picazón en yema de los dedos y palmas de una o ambas manos (**Figuras 1, 2 y 3**).

Figura 1: Sequedad y descamación fina difusa en dedos de la mano izquierda por uso repetido de solución hidroalcohólica.

Figura 2: Sequedad y descamación fina difusa en dedos de la mano derecha por uso repetido de solución hidroalcohólica.

Figura 3: Visión lateral de la sequedad y descamación en dedo índice (2º dedo) de la mano derecha.

Tras la notificación de los casos a la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales (UPRL), no fue necesario realizar interconsulta dermatológica, consistiendo el tratamiento en evitar todo lo posible el contacto con las soluciones hidroalcohólicas que provocaron la reacción. Únicamente se aplicó a la zona un ligero lavado de manos con agua y jabón neutro e hidratación 3 veces al día (crema protectora de manos).

La remisión de la dermatitis se produjo en torno a 48-72 horas de los síntomas provocados sin que se documenten secuelas aparentes o hipersensibilidad al producto que generó la dermatitis. Los/as profesionales continúan su actividad laboral usando la misma solución hidroalcohólica en otra forma de presentación (gel) u otra sustitutiva, procurando alternar con más frecuencia el uso de distintas técnicas y productos de lavado de manos (jabón antimicrobiano, solución hidroalcohólica), e hidratando de forma continua la zona epidérmica de ambas manos.

Con la divulgación de este artículo, queremos poner de relieve las recomendaciones que nos dice la OMS para reducir o eliminar ciertas prácticas que pueden incrementar el riesgo de irritación en la piel y deberían evitarse. Por ejemplo, en el caso de soluciones hidroalcoholicas deberíamos evitar[2,10]: (**Que No Hacer**)

- Lavarse las manos regularmente con agua y jabón inmediatamente antes o después de usar una solución hidroalcohólica, no solo es innecesario, sino que también puede causar dermatitis.

- El uso de agua muy caliente para el lavado de manos debería evitarse ya que incrementa la probabilidad de daño en la piel.

- Cuando se usan toallas limpias o desechables, es importante secarse con palmaditas en lugar de frotarse para evitar el agrietado.

- Además, ponerse los guantes cuando las manos están todavía húmedas por el lavado o el frotado con alcohol incrementa el riesgo de irritación en la piel.

En conclusión, las maneras de minimizar los posibles efectos adversos de la higiene de manos incluyen la selección de productos menos irritantes, el uso de humectantes para la piel, y la modificación de los comportamientos en relación a la higiene de manos tales como el lavado hiperfrecuente e innecesario.

Autores: José María Rumbo-Prieto (1)
Juan Santiago Cortizas-Rey (2)

(1) Supervisor de Cuidados, Investigación e Innovación.
(2) Supervisor de Control de Infección y Esterilización.
Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Contacto: jmrumbo@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA:

1. Price PB. The bacteriology of normal skin: a new quantitative test applied to a study of the bacterial flora and the disinfectant action of mechanical cleansing. Journal of Infectious Diseases. 1938, 63:301-18.

2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud: Resumen. [online] Suiza: OMS; 2009.

3. Menárguez Palanca MC. Impacto de un programa docente sobre la higiene de manos en un hospital general. [Tesis Doctoral]. Madrid: Facultad de Medicina. Departamento de Microbiología I. Universidad Complutense de Madrid; 2010.

4. Pidal P, Lillo R. Motivos del pobre cumplimiento de la higiene de manos entre los trabajadores hospitalarios. Rev Chil Infectol. 2010; 27(5): 435-6.

5. González Cuenca S. Intervención multimodal para mejorar la adherencia la higiene de manos y disminuir la incidencia de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria. [Trabajo de Grado]. Lleida: Facultad de Enfermería. Universidad de Lleida; 2014.

6. Maigua Guallasamin GA. Evaluación de la adhesión de lavado clínico de manos en el personal de salud que laboran en los distintos Servicios del Hospital Provincial General de Latacunga ciudad, Latacunga diciembre 2014 a febrero 2015. [Tesis de Grado]. Latacunga: Escuela Nacional de Enfermería. Universidad Central de Ecuador; 2015.

7. Cortizas-Rey JS, Rumbo Prieto JM. Nivel de contaminación-descontaminación de la epidermis de las manos medida por luminiscencia. Enferm Dermatol. 2015; 9(24): 34-45.

8. Pérez-Pérez P, Herrera-Usagre M, Bueno-Cavanillas A, Alonso-Humada MS, Buiza-Camacho B, Vázquez-Vázquez M. Higiene de las manos: conocimientos de los profesionales y áreas de mejora. Cad Saúde Pública. 2015; 31(1):149-60.

9. Larson E, Girard R, Pessoa-Silva CL, Boyce J, Donaldson L, Pittet D. Skin reactions related to hand hygiene and selection of hand hygiene products. American Journal of Infection Control 2006;34: 627-35.

10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Manual técnico de referencia para la higiene de las manos. Dirigido a los profesionales sanitarios, a los formadores y a los observadores de las prácticas de higiene de las manos. Suiza: OMS; 2009. [traducción, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010].

ENFERMERÍA
dermatológica
ANEDIDIC
www.anedidic.com

Revista Enfermería Dermatológica está indexada en:

zenodo

CUIDEN

Dialnet

DOAJ DIRECTORY OF OPEN ACCESS JOURNALS

latindex catálogo

DULCINEA
Derechos de copyright y las condiciones de auto-archivo de revistas científicas españolas

OpenAIRE

MIAR