

LESIONES DERMATO LÓGICAS

ABORDAJE EN EL
PACIENTE GERIÁTRICO



BOLIVARIANO
INSTITUTO SUPERIOR
UNIVERSITARIO



Manglar Editores

Tú lo escribes, ¡nosotros lo publicamos!

Rosa María Pogo Guamán
Franco Ramiro Alarcón Burneo
Ruth Verónica Castillo Zaruma

LESIONES DERMATOLÓGICAS

ABORDAJE EN EL
PACIENTE GERIÁTRICO



BOLIVARIANO
INSTITUTO SUPERIOR
UNIVERSITARIO

Rosa María Pogo Guamán
Franco Ramiro Alarcón Burneo
Ruth Verónica Castillo Zaruma



Manglar Editores
Tu lo escribiste, nosotros lo publicamos

Instituto Superior Universitario Bolivariano © 2024

Mgtr. Víctor Hugo Samaniego Luna
Rector-Canciller

Mgtr. Jorge Baltazar Vallejo Ramírez
Director de Investigación

Dra. Tamara Paulina Samaniego Luna
Ing. Patricia Noemí Samaniego Luna
Comisión Académica

Mgtr. Luis Guillermo Samaniego Namicela
Mgtr. Jorge Honorio Salgado Monar
Comisión de Revisión
comision.editorial@tbolivariano.edu.ec

Lesiones Dermatológicas. Abordaje en el Paciente Geriátrico

Autores

Mgtr. Rosa María Pogo Guamán
r.pogo@tbolivariano.edu.ec

Mgtr. Franco Ramiro Alarcón Burneo
fr.alarcon@tbolivariano.edu.ec

Mgtr. Ruth Verónica Castillo Zaruma
veronica.castillo@tbolivariano.edu.ec

Los autores son Docentes Investigadores y Miembros del Grupo de Investigación del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja

Primera edición: 17 de junio de 2024

ISBN: 978-9978-11-070-6 (versión electrónica)

DOI: 10.5281/zenodo.11685543

Clasificación Internacional Normalizada de la Educación. Campo detallado:
4-19A Tecnología de Diagnóstico y Tratamiento Médico



Edición & Publicación

Manglar Editores

Cdla. La Garzota Mz. 59 Sl. 37, Guayaquil, Ecuador
Celular/Whatsapp/Telegram: (+593-9) 9 288 2503

info@manglareditores.com

www.manglareditores.com

El libro *Lesiones Dermatológicas. Abordaje en el Paciente Geriátrico*, fue arbitrado por la Editorial Manglar Editores de Guayaquil.

La metodología de evaluación empleada fue *double blind peer review*.

Revisión técnica y evaluación

Yeismith de Jesús Cañarete Coronado, Enfermera, Jefe Regional Experiencia en el Servicio, Coomeva Medicina Prepagada, Colombia

Alexandra Rodríguez Acuña. Magíster en Enfermería. Especialista en Auditoría en Salud. Auditora de aseguramiento de la calidad. Dirección Local de Salud de Buenavista, Colombia.

Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)

D003880 Dermatology (en) / Dermatología (es) / Dermatologia (pt).

005791 Patient Care (en) / Atención al Paciente (es) / Assistência ao Paciente (pt).

D000368 Aged (en) / Anciano (es) / Idoso (pt).

D003876 Dermatitis, Atopic (en) / Dermatitis Atópica (es) / Dermatite Atópica (pt).

Para referenciar el libro utilice los siguientes formatos:

Vancouver:

Pogo R, Alarcón F, Castillo R. *Lesiones Dermatológicas. Abordaje en el Paciente Geriátrico*. 2024. Guayaquil, Ecuador: Manglar Editores. 334 p.

APA 7a edición:

Pogo, R., Alarcón, F., & Castillo, R. (2024, 17 de junio). *Lesiones Dermatológicas. Abordaje en el Paciente Geriátrico*. Manglar Editores.



Lesiones Dermatológicas. Abordaje en el Paciente Geriátrico

Rosa María Pogo Guamán
Franco Ramiro Alarcón Burneo
Ruth Verónica Castillo Zaruma



Manglar Editores

Tú lo escribes, ¡nosotros lo publicamos!

Índice

De los autores	19
Dedicatoria	21
Agradecimiento	25
Presentación	27
Introducción	31

Capítulo 1

La Piel

Estructura General de la Piel.....	39
úlceras por presión.....	42
Factores de riesgo.....	46
Otros Factores	48
Fisiopatológicos.....	48
Situación	51
Localizaciones más frecuentes de las UPP.....	51
Cuadro Clínico	54
Estadio I.....	54
Estadio II	55
Estadio III.....	55
Estadio IV.....	56
Valoración del riesgo de UPP	56
Escala de Braden.....	57

Escala de Norton.....	59
Cuidados generales en la prevención de UPP	61
Movilización.....	61
Cambios posturales	62
Tipos de cambios posturales	62
Decúbito supino	62
Decúbito lateral.....	64
Decúbito prono	65
Sentado/Sentado/Fowler	66
Tratamiento.....	69
Tratamiento Dietético.....	69
Tratamiento Farmacológico	71
Tratamiento Terapéutico y Quirúrgico	73
Tipos de Desbridamiento	73
Intervención de Enfermería	74
Colchón Antiescaras	74
Almohadillas	75
Cremas hidratantes.....	78
Educación a Familiares.....	78
Procedimiento de la curación.....	80
Complicaciones.....	81
Casos Clínicos de Estudio.....	84
Caso clínico 1: Paciente con úlcera de presión grado III	84
Caso clínico 2: Úlcera por presión grado III en región tobillo derecho de paciente adulto mayor	91
Caso clínico 3: Presencia de úlcera por presión grado II en región dorsal de paciente adulto mayor.....	99

Capítulo 2

Dermatitis Atópica

Antecedentes relevantes	109
Etiología	110
Genética.....	110
Inmunopatología.....	110
Histología	111
Factores de riesgo	112
Cuadro clínico	113
Clasificación de dermatitis atópica	114
Dermatitis atópica (eccema)	116
Dermatitis seborreica	117
Dermatitis por contacto	117
Dermatitis perioral	117
Criterios de la evolución de dermatitis atópica.....	121
Evolución clínica de la dermatitis atópica	122
Factores de riesgo de la dermatitis atópica:	122
Manifestaciones clínicas en la dermatitis atópica:	123
Caracterización de dermatitis atópica.....	123
Eritema o palidez facial	123
Manejo del eritema facial	124
Diferenciación con otras afecciones	124
Tratamiento médico.....	125
Dermatitis palpebral en dermatitis atópica	126
Signos y síntomas	127
Cuidados específicos para dermatitis palpebral	128

Pliegues infraorbitarios de Dennie-Morgan.....	128
Asociación con dermatitis atópica.....	129
Cuidado específico de la piel	130
Acentuación perifolicular	131
Cuadro clínico.....	131
Tratamiento médico.....	132
Envejecimiento cutáneo	133
Queratosis pilar.....	134
Similitudes y diferencias.....	135
Cuidado de la piel	135
Tratamiento específico	136
Hiperlinealidad palmar	137
Pitiriasis alba.....	137
Prurito con la sudoración	138
Queilitis	147
Intolerancia a los solventes y a la lana.....	147
Dermografismo blanco	148
Xerosis	149
Prevención de la xerosis	150
Tratamientos efectivos para la xerosis en la piel	150
Ictiosis	151
Influencia de factores emocionales o ambientales en la evolución de la enfermedad.....	152
Dermatitis inespecífica mano-pie	154
Eczema del pezón	157
Conjuntivitis recurrente.....	158
Catarata subcapsular anterior.....	159

Queratocono	159
Dermatitis por contacto en adultos mayores.....	160
Factores de riesgo.....	161
Pruebas de laboratorio para el diagnóstico de dermatitis atópica.....	163
Pruebas cutáneas positivas.....	164
Exámenes complementarios.....	165
Intervenciones y farmacología en dermatitis atópica	166
Pronóstico	166
Diagnóstico de dermatitis atópica	167
Tratamiento de la dermatitis atópica.....	169
Dermatitis seborreica en adultos mayores.....	174
Antecedentes relevantes	174
Etiología.....	175
Factores de riesgo.....	175
Cuadro clínico.....	176
Intervenciones y farmacología.....	177
Tratamiento Tópico.....	177
Diagnóstico	178
Tratamiento recomendado según la zona afectada	178
Pronóstico y Complicaciones.....	180
Dermatitis por contacto en Adultos Mayores.....	180
Datos Relevantes	181
Etiología.....	181
Predisposición genética	182
Factores de riesgo.....	182
Factores exógenos	183
Diagnóstico	185

Tratamiento	186
Prueba del parche.....	187
Dermatitis Perioral.....	187
Dermatitis Atópica	187
Caso Clínico N°4: Paciente con Dermatitis Atópica.....	188
Caso Clínico N°5: Dermatitis Atópica – Hipertensión Arterial – Fractura de Cadera (Resolución Quirúrgica).....	205
Caso clínico N°6: Dermatitis atópica – Hipotiroidismo – Insuficiencia vascular y úlcera por presión.....	216

Capítulo 3

Psoriasis

Etiología	226
Factores de riesgo	227
Cuadro Clínico	230
Diagnóstico y exámenes complementarios.....	232
Intervenciones Farmacológicas	234
Pronóstico y complicaciones	236
Caso clínico N° 7: Espondilitis psoriásica A	237
Caso clínico N° 8: Espondilitis psoriásica C	246
Caso clínico N°9: Depresión y placas psoriásicas en espalda baja y miembros inferiores, aumento de la extensión de las placas psoriásicas	257

Capítulo 4

Rash

Rash de la mariposa.....	267
--------------------------	-----

Características del rash de la mariposa.....	267
Rash febril del dengue.....	268
Características del rash por dengue	268
Rash bacteriológico	269
Impétigo	269
Signos.....	269
Celulitis	269
Signos.....	270
Erisipela.....	270
Signos.....	270
Foliculitis.....	270
Signos.....	270
Escarlatina.....	270
Signos.....	271
Síndrome de piel escaldada estafilocócica.....	271
Signos.....	271
Tratamiento.....	271
Rash cutáneo.....	272
Etiología.....	272
Alergia	272
Cuadro clínico.....	272
Máculas.....	273
Diagnósticos y exámenes complementarios	274
Pronóstico y complicaciones	274
Rash maculopapular	276
RAM fija	276
Caso clínico N° 10: Diagnóstico Rash cutáneo en miembros inferiores	

hace aproximadamente 8 años..... 277

Capítulo 5

Cuidado de la piel en el adulto mayor

Protección solar	291
Efectos de la radiación solar	293
Bronceado.....	293
Quemadura.....	295
Cuidados integrales.....	295
Fotoenvejecimiento.....	296
Cuidados integrales.....	298
Cáncer cutáneo melanoma y no melanoma.....	299
Cuidados integrales.....	299
Inmunosupresión	301
Cuidados integrales.....	301
Hidratación	303
Higiene y limpieza del adulto mayor.....	304
Cuidado de las uñas	306
Cuidado de la piel	306
Importancia de la Nutrición en el Adulto Mayor	308
Cambios de posición en adultos con deterioro de movilidad	310
Curación de la piel en UPP	311
Prevención	312
Ayuda integral para pacientes con problemas de movilidad.....	314
Curación de heridas.....	314
Electroterapia en adultos mayores	315

Glosario	319
Bibliografía.....	325

De los autores



Mgtr. Rosa María Pogo Guamán

Magíster en Salud y Seguridad Ocupacional con Mención en Prevención de Riesgos Laborales SUMMA CUM LAUDE por la Universidad Hemisferios de Quito. Obtuvo su licenciatura de tercer nivel en la Universidad Nacional de Loja y ha realizado estudios de docencia e investigación en el Instituto Superior Universitario de Loja. Es autora de artículos científicos publicados en revistas indexadas.



Mgtr. Franco Ramiro Alarcón Burneo

Magíster en Medicina Forense por la Universidad Estatal de Guayaquil, con experiencia profesional como Médico Forense en la Fiscalía Provincial de Loja y el Servicio Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Loja. Además, es autor de artículos científicos publicados en revistas indexadas. Actualmente se desempeña como Docente Investigador en el Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.



Mgtr. Ruth Verónica Castillo Zaruma

Magíster en Salud Ocupacional y Mención de Prevención de Riesgos Laborales de la Universidad Católica de Cuenca, Médico General de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, ejerciendo como Docente Investigador durante dos años, Directora de la en el Instituto Superior Universitario Bolivariano, autora de artículos científicos publicados en revistas indexadas.

Dedicatoria

A Dios por guiarme siempre en mi camino, a mis padres Carmen Ibelia Guamán y Samuel Eduardo Pogo.

A mi esposo Sairo Manuel Pambi e hijas Ana Pambi y Kyara Pambi, mi motor, apoyo y fuerza para seguir adelante en cada momento de mi vida, por ser mi guía y apoyo en todo momento en el transcurso de mi vida.

Rosa María

Le dedico el resultado de este trabajo a toda mi familia. Principalmente a Dios por darme las fuerzas necesarias para conseguir esta meta.

A mis padres por darme la vida, por todo su amor y ser mi motivación para seguir hacia adelante y nunca rendirme.

A mi esposa Nora, por brindarme su apoyo moral, comprensión y paciencia, gracias por enseñarme a ser perseverante y no tener miedo a las dificultades.

A Bruno, Paulo, Camilo, mis apreciados hijos, gracias por ser la pieza fundamental en todo este proceso, sin su apoyo y colaboración no estuviera en esta etapa de mi vida profesional.

A mi Tío el Dr. José María Alarcón Bermeo, de corazón gracias por todo su apoyo para realizarme como ser humano y profesional, siempre estarán en mi corazón.

Franco Ramiro

A Dios, quien ha sido mi guía, mi fortaleza gracias por darme salud y bendiciones para poder alcanzar mis metas como persona y como profesional.

A mis padres, por su amor incondicional y por creer en mí, por sus sacrificios, por enseñarme a nunca rendirme ante los obstáculos de la vida y por su apoyo constante que han sido la clave de mi éxito profesional.

Y a mí razón de ser mi hija Isabella eres mi mayor tesoro y también la fuente más pura de mi inspiración; por eso quiero agradecerte cada momento de felicidad con el que colmas mi vida. Te doy las gracias, hija mía, por darle sentido a mi vida y permitirme ser cada día mejor persona junto a ti.

Ruth Verónica

Agradecimiento

Nuestro agradecimiento a las Autoridades Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja por las facilidades brindadas en el transcurso de desarrollo de la presente obra bibliográfica de donde se deriva su contenido y, a nuestros compañeros de trabajo por su apoyo constante en cada fase desarrollada.

Los Autores

Presentación

El entorno académico en todos sus niveles guarda profundos nexos con actividades de investigación y prácticas integrales en el componente práctico, experimental y profesional, mediante los proyectos de vinculación que forman un escenario práctico de enfermería en los cuidados integrales en los adultos mayores, propiciando la interacción entre la ciencia y la sociedad. Sin embargo, a través de las generaciones, se ha evidenciado que esta interacción ha perdido valor y se ha transformado en un proceso mecánico y carente de expresión crítica.

Las instituciones de estudios superiores, responsables de direccionar procesos de avanzada que reflejen resultados enfocados en dar soluciones a las distintas problemáticas sociales, han limitado los esfuerzos y se han encausado en la superficialidad de análisis, esto debido a factores como la ausencia de políticas públicas que permitan generar un aporte de alto valor desde la academia para la sociedad. Esto, sin duda, impacta en los procesos de la dinámica enseñanza-aprendizaje. Aspectos como la formación en investigación, el fortalecimiento de competencias con enfoque en la realidad local y nacional, y la participación estudiantil en procesos científicos son solo algunas de las dificultades.

No obstante, en atención a esta problemática y de forma paralela, se han desarrollado propuestas de valor inconmensurable. El Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja, a través de su planta administrativa y docente, ha elevado el estándar de formación en el sur de la patria, con el desarrollo e implementación de programas formativos sustentados en un modelo educativo de vanguardia. Ha centrado sus esfuerzos en generar productos académicos y científicos de alta calidad. Fruto de ello, se presentan ante la comunidad lojana y la sociedad en general una obra con enfoque clínico-quirúrgico basada en los resultados de los proyectos emblemáticos de la institución: “Programa de vinculación y Funciones Técnicas en Centros Geriátricos”, en los cuales la participación activa de estudiantes y docentes se refleja en el siguiente libro, donde se analizan aspectos de salud relevantes relacionados con la casuística referente a los problemas de piel y tegumento en el adulto mayor, y los cuidados integrales de enfermería en los centros geriátricos. La población estudiada corresponde a los residentes de centros geriátricos de las provincias de Loja, El Oro y Zamora.

La democratización de la investigación ha sido un argumento de estricta consideración para el desarrollo de la presente obra, por lo que es necesario involucrar a toda la población económicamente activa que se esfuerza para lograr el desarrollo del país. Resultan anacrónicas y extemporáneas las épocas en donde los resultados de investigación o los textos académicos estaban reservados a espacios de rigor científico a los que solo tenían acceso personas que tuvieron la oportunidad de alcanzar una formación de tercer y cuarto nivel.

En tal virtud, en esta obra se ha diligenciado un tratamiento específico en la redacción, en donde el detalle en cada línea ha sido estructurado de tal manera que pueda ser interpretado con facilidad

por cada persona que acceda a esta obra, sin que esto implique el uso de un amplio vocabulario clínico. Pues no solo incorpora un conjunto de percepciones clínicas sustentadas en conceptos válidos, también representa una guía para que las personas puedan tener una orientación sobre las distintas características en las estructuras de piel y tegumento, que se presentan en el curso evolutivo de las patologías estudiadas, así como intervenciones terapéuticas y criterios pronósticos.



Introducción

Los proyectos de que se emplean en la población vulnerable, como los adultos mayores para la sociedad son de vital importancia y aporte a las brechas existentes de la misma, en materia de salud pública, es fundamental para la disminución de complicaciones asociadas al adulto mayor, la ejecución de proyectos de vinculación Geriátricos con la sociedad, las mismas que disminuyen la prevalencia de estancias hospitalarias largas, disminución de recuperación de patologías subyacentes en el adulto mayor.

El Instituto Superior Universitario Bolivariano, de la ciudad de Loja, dentro de su pénsum académico y propuesta de bienestar de la sociedad a través de proyectos y actividades de vinculación directa, busca el bienestar de la población adulta mayor y de esta forma mitigar las brechas existentes en salud, con una atención en eficaz y eficiente, el modelo de vinculación con la sociedad se traduce en el mejoramiento de la calidad de vida. Además, constituyen el eje fundamental de la interacción de los estudiantes con la sociedad, que les permite entrar en contacto directo con las necesidades del adulto mayor y poner a su disposición los conocimientos y habilidades para la solución de problemas en este grupo poblacional.

La Dermatología es la materia clínica del estudio de la piel y sus anexos, como tal implica un amplio temario y al mismo tiempo un trascendente contenido de carácter clínico. Por tales razones su presencia dentro de la formación de la salud, es un hecho relevante e imprescindible para lograr detectar y tratar las enfermedades, así como fomentar y promover la misma.

Siguiendo los preceptos clásicos de la progresión de la información desde lo básico y general a lo complejo y particular, se puede apreciar que, partiendo de la anatomía y fisiología cutánea, pasando por los elementos propios de la semiología dermatológica (lesiones primarias y secundarias), se introduce en las patologías prevalentes y más relevantes para el médico generalista, concluyendo con la vinculación global de las afecciones generales y su expresión cutánea. Cabe consignar que en los capítulos puntuales de cada entidad nosológica se ha seguido con especial cuidado la secuencia de una definición, aspectos epidemiológicos, la presentación clínica con especial énfasis en las imágenes, recursos diagnósticos (particularizando los diagnósticos diferenciales), así como el tratamiento y evolución.

A lo largo del tiempo, la Dermatología ha sido considerada una especialidad menor de la práctica médica. Sin embargo, la experiencia demuestra que la consulta dermatológica muchas veces se constituye como una puerta de entrada al diagnóstico de patologías de otras áreas, como medicina interna. Allí radica su valor adicional y reconocimiento como herramienta para la resolución de afecciones que involucran a más de una especialidad.

En este libro, se considera a las enfermedades más frecuentes en la práctica clínica de Piel y Tegumento, donde el lector encontrará definiciones, epidemiología y clasificaciones clínicas desde el punto de vista médico, se consideran casos clínicos de estudio donde se pue-

de evidenciar los cuidados integrales de la enfermera geriátrica, apoyados por fotografías ilustrativas que contribuyen al entendimiento de las patologías cutáneas descritas, conformando un compendio de imágenes dermatológicas cuidadosamente seleccionadas.

La piel es la cubierta externa del ser humano, además no presenta soluciones de continuidad, puesto que en las cavidades u orificios naturales se transforma progresivamente en mucosa. Representa uno de los órganos más importantes por su tamaño, ya que se lo considera como el órgano más grande del cuerpo humano, cubre una superficie de alrededor de 2 m² y tiene un peso de 4-5 kg (equivale aproximadamente el 6% del peso corporal total), por sus diferentes funciones que le permiten, al mismo tiempo, separar al organismo del medio ambiente externo y facilitar su comunicación con este entorno (García & Fraile, 2021).

La función primordial de la piel es construir una capa córnea eficaz, protectora, semipermeable, que haga posible nuestra supervivencia en el medio en el que se desarrollan. La misma que impide tanto la pérdida de fluidos corporales, como la entrada al organismo de elementos nocivos (microorganismos, radiación UV, tóxicos). Para desarrollar eficazmente estas funciones protectoras y reguladoras, la piel sintetizará, a lo largo de un complejo proceso de diferenciación, numerosas proteínas y lípidos, incluidos en la composición de la capa córnea. De forma inseparable, hay que considerar los anexos cutáneos o partes adjuntas a la piel. Además del pelo y uñas (anexos queratinizados), externos y evidentes, en la piel, se encuentran otro tipo de anexos producidos por invaginaciones de la epidermis: folículos pilosos, glándulas sebáceas y sudoríparas.

El tejido dérmico está constituido por tres capas: Epidermis: es la capa más superficial de la piel, caracterizada por su delgadez y alta

concentración celular. Por otro lado, la dermis, mucho más gruesa, está compuesta por tejido conjuntivo que se entrelaza con numerosos vasos sanguíneos y nervios. En esta capa se encuentran ubicados los anejos cutáneos. Finalmente, la hipodermis, la capa más profunda, está formada por tejido adiposo, también conocido como tejido subcutáneo graso.

La alteración de la integridad cutánea es un diagnóstico que desde sus inicios abarca una amplia gama de posibles situaciones que se dan en la clínica diaria, que no siempre requieren el mismo abordaje, por lo que es de vital importancia el avance de las ciencias de la salud. En la actualidad hay un gran conocimiento respecto a las enfermedades de la piel y es importante conocer en cada caso cuales son los cuidados necesarios y como prevenir esas alteraciones, ya que la unión de un problema frecuente con una alta variabilidad de la práctica clínica, la práctica de intervenciones y productos de dudoso beneficio, genera el caldo de cultivo idóneo para la instauración de procedimientos inefectivos que, como consecuencia no generan ningún beneficio a la población.

La patología dermatológica abarca un amplio abanico de enfermedades secundarias y situaciones especiales, como también las diferentes etapas evolutivas de la piel y tegumento, que demandan de tratamientos adecuados para la salud de la piel. Por lo que la idea final es proporcionar cuidados de calidad, basados en las mejores evidencias científicas disponibles que permitan dar respuesta a las necesidades de salud de la población con deterioro de la integridad cutánea.

Durante el desarrollo de la práctica clínica es necesario plantear una meta enfocada en el bienestar del paciente ya sea con un enfoque curativo o paliativo, en este caso puntual el objetivo se orienta en brindar planes de atención individualizados enfocados en actividades

específicas como proceso de atención de enfermería que incluye los 12 patrones funcionales de Marjorie Gordon, del dominio higiene y confort, nutrición e hidratación en pacientes adultos mayores en los centros gerontológicos de la ciudad de Loja” para de esta forma contribuir con un aporte clínico, científico y técnico en cuidados asistenciales en los adultos mayores de los centros gerontológicos, además de conocer los factores de riesgo que inciden en el aumento de las patologías en adultos mayores residentes en los centros geriátricos y a su vez determinar los principales cuidados asistenciales en la población adulta mayor.

Las actividades que involucran ejecución de acciones encaminadas al bienestar colectivo de por sí expresan una justificación por demás sustentada, con el desarrollo de esta obra se da a conocer la incidencia y prevalencia con alteraciones en la piel y tegumentos en los pacientes geriátricos

A nivel académico, los datos obtenidos de este trabajo representan una fuerte evidencia científica y de referencia para que todo profesional médico y enfermería que trate pacientes con alteraciones dérmicas, esto permite ampliar el criterio clínico y terapéutico, además de aportar a un plan de tratamiento farmacológico, así como también determinar la causa o etiología, los factores de riesgo que están presentes en este grupo de pacientes y pueden servir de referente al momento de la valoración de los pacientes, de ésta manera se pueden obtener mejores resultados en el cuidado asistencial de los mismos.

A nivel económico, esta investigación aporta en el valor económico al disminuir las complicaciones asociadas de un mal manejo de estas patologías en los ámbitos de cuidado domiciliario y también genera un aporte en medidas de prevención.

En la esfera política, el cuidado directo en adultos mayores está estipulado en Ecuador en el ámbito de Salud Pública, como se hace referencia en el MAIS -FC (Modelo de Atención Integral Social – Familiar y Comunitario), promoviendo una atención integral en donde se promueva la relevancia de las características de la atención de salud en una doble dimensión, por un lado, el reconocimiento del carácter multidimensional de la salud individual y colectiva, es decir el reconocimiento de que la salud es el producto de las condiciones económicas, sociales, culturales, ambientales y biológicos, conjuntamente con la provisión de servicios integrados de promoción, prevención de la enfermedad, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos.

En el marco legal, la Constitución de la República del Ecuador refiere en el Art. 32: La Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos; entre ellos, el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

En congruencia con el principio de integración de la ciencia con las necesidades sociales el propósito de esta obra involucra brindar planes de atención de salud individualizados, enfocados en la intervención de enfermería en adultos mayores. Además, que permite conocer los factores de riesgo que inciden en el aumento de las patologías en adultos mayores residentes en los centros geriátricos e igualmente determinar los principales cuidados asistenciales en la población adulta mayor.

Las actividades operativas a ejecutar se enfocan en la recuperación, las metas en el cuidado del adulto mayor están encaminadas a la re-

habilitación y curación y mejoramiento de calidad de vida, a través de curaciones, procedimientos de debridación, cambios de posición.

Los factores de riesgo presentes en el adulto mayor constituyen la parte etiológica de diversas patologías de afección en la piel y tegumentos, siendo el ente de diversas complicaciones que al no ser abordadas de forma clínica y enfocadas en el campo ocupacional de enfermería, constituyen un problema social, comunitario y económico para la salud

Los cuidados asistenciales en los geriátricos constituyen un factor protector en el ámbito sanitario subsanando la problemática ya existente y latente en los cuidadores geriátricos, El modelo de Marjory Gordon constituye una de las bases en las actividades de enfermería ejercidas por esta noble profesión frente a los dominios más relevantes afectados como: nutrición, eliminación e higiene y confort, patrones funcionales alterados en la población adulta mayor y el abordaje correcto frente a esta población, esta obra servirá como apoyo para profesionales del ámbito sanitario que tienen al cuidado esta población frágil por su estructura y fisiología anatómica como es el envejecimiento.



Capítulo 1

La Piel

La función primordial de la piel es construir una capa córnea eficaz como se observa en la Figura 1, protectora, semipermeable, que haga posible nuestra supervivencia en el medio en el que se desarrolla. Esta barrera impide tanto la pérdida de fluidos corporales, como la entrada al organismo de elementos nocivos (microorganismos, radiación UV, tóxicos.). Para complementar eficazmente estas funciones protectoras y reguladoras, la piel sintetizará, a lo largo de un complejo proceso de diferenciación, numerosas proteínas y lípidos, incluidos en la composición de la capa córnea.

De forma inseparable, hay que considerar los anexos cutáneos o partes adjuntas a la piel. Además de los pelos y uñas (anexos queratinizados), externos y evidentes, en la piel, se encuentran otro tipo de anexos producidos por invaginaciones de la epidermis: folículos pilosos, glándulas sebáceas y sudoríparas (García & Fraile, 2021).

Estructura General de la Piel

Está constituida por tres bloques:

1. Epidermis: es la más superficial, la más delgada y muy celular.
2. Dermis: es mucho más gruesa, está constituida por tejido conjuntivo que es atravesado por numerosos vasos y nervios y en esta se localizan los anejos cutáneos.

3. Hipodermis: es la capa más profunda, está constituida por un tejido adiposo que también se conoce como tejido subcutáneo graso (García & Fraile, 2021).

De todos los órganos corporales, ninguno puede inspeccionarse con mayor facilidad ni está más expuesto a una infección, la enfermedad y la lesión de la piel, cabe resaltar que su ubicación hace más vulnerable a lesiones y traumatismos, luz solar, microorganismos y

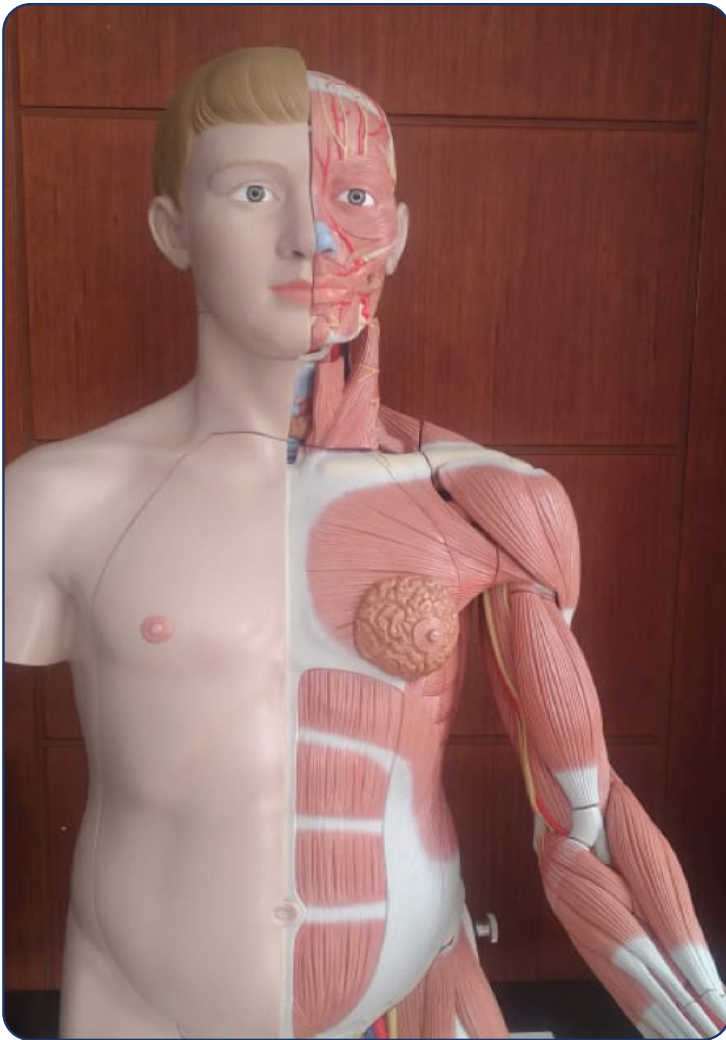


Figura 1. La piel el órgano más grande del cuerpo humano.

contaminantes ambientales, la piel puede reflejar nuestras emociones como: (ceño fruncido, rubor facial) y algunos aspectos de la fisiología normal (como el sudor). Los cambios del color de la piel también podrían indicar desequilibrios homeostáticos corporales. Por ejemplo, el color azulado de la piel asociado con hipoxia (deficiencia de oxígeno a nivel tisular) es uno de los signos de la insuficiencia cardíaca y de otros trastornos. Las erupciones anormales en la piel o los exantemas cutáneos como la varicela, el herpes oral o el sarampión podrían revelar infecciones sistémicas o enfermedades en los órganos internos, mientras que otros trastornos como verrugas, máculas seniles o acné comprometen solo la piel (Tortora & Derrickson, 2006).

La pigmentación cutánea requiere de la fusión de la evolución, la genética y la biología del desarrollo humano. Así, estrictamente, el color de la piel es el resultado de la interacción de numerosos componentes: la epidermis, formada por epitelio plano estratificado queratinizado, representa una membrana semitransparente a través de la cual se exterioriza una mezcla de colores. Dentro de los elementos característicos de la pigmentación, la melanina, producida por los melanocitos y difundida desde la capa basal de la epidermis, proporciona una tonalidad desde café clara hasta café negruzca (Arias, 2020).

Para Bologna et al. (2018) la Escala de Fitzpatrick es una herramienta útil en dermatología y medicina estética para clasificar los diferentes tipos de piel en función de su respuesta al sol y la susceptibilidad a quemaduras solares. Fue desarrollada en 1975 por Thomas B. Fitzpatrick y se utiliza ampliamente en la práctica clínica y en la investigación dermatológica.

La escala de Fitzpatrick ayuda a los dermatólogos y profesionales de la salud a personalizar los regímenes de cuidado de la piel y los tra-

tamientos cosméticos según el tipo de piel del paciente. Por ejemplo, las personas con fototipos de piel más claros pueden requerir medidas de protección solar más rigurosas y tratamientos más suaves, mientras que aquellos con fototipos de piel más oscuros pueden tolerar mejor ciertos procedimientos dermatológicos ver detalles en la Tabla 1.

Tabla 1. Escala de Fitzpatrick de dos Fototipos de Piel

Foto tipo de piel	Color de la piel	Respuesta a la radiación UV
I	Blanco	Se quema siempre, no se broncea
II	Blanco	Se quema con facilidad, se broncea con dificultad
III	Beis	Se quema levemente, se broncea de forma gradual
IV	Marrón	Rara vez se quema, se broncea con facilidad
V	Marrón Oscuro	Muy rara vez se quema, se broncea con mucha facilidad
VI	Negro	Nunca se quema, se broncea con gran facilidad

Fuente: Instituto de Fotomedicina (2018).

Úlceras por presión

Las úlceras por presión son áreas de piel lesionadas por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. El riesgo es mayor si está recluido en una cama, utiliza una silla de ruedas o no realiza cambios de posición. Las úlceras por presión logran causar infecciones graves, algunas de las cuales ponen la vida en peligro. Pueden constituir un problema para las personas en los centros de cuidados especializados. Lo más importantes es que el 96% de las úlceras son evitables es por eso que deben de ser cuantificado el grado de infección que llega a causar.

En la Figura 2, se muestra la etiopatogenia de las Úlcera por Presión (UPP), son lesiones isquémicas localizadas en la piel y tejido con pérdidas de sustancia cutánea, producida por la fricción de dos planos duros los cuales son una la piel del paciente y otro donde está asentada la piel, mientras Hernández dice que las principales causas que conllevan a estas lecciones pueden ser detectadas con anterioridad, al identificar todos los factores que puede conllevar al paciente a tener úlceras por presión (Hernández, 2018).

Las úlceras por presión constituyen uno de los problemas más comunes en la práctica diaria de la salud siendo prioridad la prevención de las mismas son lesiones producidas por la tensión de la piel al permanecer largos períodos en una sola posición, éstas representan un problema asistencial por su prevalencia, el impacto sobre la salud y la calidad de vida del paciente; además, es importante resaltar que la



Figura 2. Úlceras por presión por el tiempo prolongado.
Fuente: Tomada del Proyecto de vinculación "Funciones Técnicas de enfermería en Centros Geriátricos, asistenciales y Albergues" del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

prevalencia de las úlceras por presión, según el National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP).

Las úlceras por presión constituyen la complicación más prevenible y tratable como se observa en la Figura 3, y se pueden presentar en cualquier paciente con movilidad reducida. La aparición del deterioro de la integridad cutánea y tisular está ligada a la seguridad del paciente y a los cuidados proporcionados por los profesionales de enfermería, con repercusiones en el individuo, en su entorno cuidador y en el sistema sanitario.

Es importante conocer la incidencia de las UPP en la complejidad del proceso asistencial, la comorbilidad de las UPP varía en sentido ascendente en la actualidad se afirma que el 95-98% de las UPP son



Figura 3. Prevención de úlceras por presión.

Fuente: Tomada del Proyecto de vinculación "Funciones Técnicas de enfermería en Centros Geriátricos, asistenciales y Albergues" del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

evitables con los cuidados adecuados; ello requiere la participación y coordinación de los profesionales, pacientes, cuidadores y servicios sanitarios.

Experto en UPP en los Estados Unidos, consideró que 2.5 millones de pacientes presentan úlceras UPP al año y a nivel hospitalario la incidencia es de 2.5% anual, llegando a ocasionar 60 mil muertes; en el 4° Estudio Nacional de Prevalencia de UPP llevado a cabo en España, durante el 2013 se manifestó que la Unidad de Cuidados Intensivos la prevalencia puede llegar al 22%, pudiéndose comparar con Alemania que señala el 24.5%, Brasil 32.7% y China 11,9%. En América Latina y México las investigaciones en dos estudios metacéntricos indican una prevalencia de 12,94% y 17% (Triviño, 2020).

Aunque aparentemente no lo parezca, la piel del anciano esta predispuesta a ulcerarse. El 22% de los pacientes que ingresan en centros geriátricos desarrollan una úlcera por presión; esta frecuencia aumenta a cerca del 45 % en los residentes de 70 y más años de edad. El 12 % de los que ingresan en centros geriátricos ya lo hacen con una úlcera por presión. Además, aproximadamente el 50 % de los mayores de 70 años que residen en la comunidad la presentan, siendo atendidos por los equipos de atención primaria de los centros de salud. Entre el 20% y el 70% de los ancianos operados de fractura de cadera desarrollan en algún momento una úlcera por presión. El 9% de los adultos mayores que ingresan en un hospital general terminan sufriendo una úlcera por presión. Además, entre el 25% y el 75% de los pacientes con enfermedad paralizante sufren úlcera de presión durante su evolución y en el 79% es causa de muerte (Ojeda, 2019).

En Ecuador las UPP son las lesiones que afectan a la mayor parte de adultos mayores entre los 65 a 75 años en el género masculino, siendo

estas consideradas como un problema sanitario. En la ciudad de Loja en estudios realizados indican que se encuentran en 39 personas que se encuentran en centros geriátricos.

Factores de riesgo

Son las situaciones que independientemente de su naturaleza, incurrir de forma negativa en la aparición de las UPP en los pacientes. Se considera que la interrelación de factores amplía la posibilidad de su desarrollo observar Figura 4. Los factores de riesgo se determinan como predictores independientes del desarrollo de UPP y son relacionados con:

- **Factores Primarios:** En la formación de las UPP participan cuatro tipos de fuerzas: presión, fricción, cizallamiento y humedad.
- **Presión:** Es la fuerza primaria que favorece la formación de úlceras. La presión induce anoxia, isquemia y muerte celular. La formación de una úlcera depende tanto de la presión que se hace sobre una zona de la piel como del tiempo que esta se mantiene. La ecuación “presión + tiempo = úlcera” define de forma clara el concepto de UPP. Se ha demostrado que aplicar una presión baja

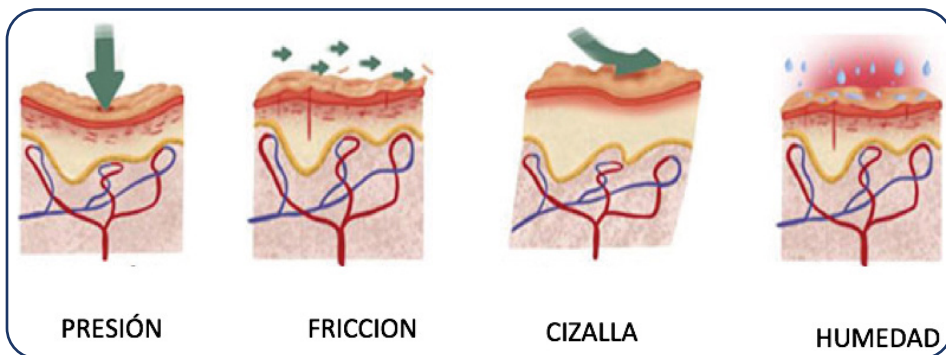


Figura 4. Factores de riesgo de las úlceras por presión.

Fuente: Tomada de Romero (2020).

durante un periodo largo de tiempo provoca más daño tisular que una presión alta durante un periodo de tiempo corto. Por otra parte, se ha demostrado que el 90 % de los enfermos con menos de 20 movimientos espontáneos, durante la noche, desarrollan úlceras.

- **Fricción:** Es la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. El roce de la piel con otras superficies (sábanas) hace que el estrato córneo se lesione y puede provocar flictenas intra epidérmicas y erosiones superficiales. La fricción minimiza la relación presión-tiempo que determina la aparición de isquemia cutánea.
- **Cizallamiento.** Es la combinación entre los efectos de la presión y fricción, por ejemplo, en la posición fowler que se produce deslizamiento del cuerpo puede provocar fricción en el sacro y presión sobre la misma zona. Las fuerzas de cizallamiento son fuerzas paralelas en un plano perpendicular a las prominencias óseas, como la tuberosidad isquiática. Estas fuerzas hacen que la piel del sacro este inmóvil, mientras que el tejido subcutáneo y los vasos glúteos son estirados y alargados. A causa de este efecto, la presión que se necesita por disminuir la aportación sanguínea es menor y se produce rápidamente una isquemia del músculo. Estas fuerzas de cizallamiento se producen cuando el paciente no está bien apoyado y la cama esta levantada a más de 30° (Mengual, 2020)
- **Humedad.** En control ineficaz de la humedad puede provocar la aparición de problemas cutáneos como la maceración. La incontinencia mixta (fecal y urinaria), sudoración profusa, mal secado de la piel tras la higiene y el exudado de heridas producen deterioro de la piel y edema, disminuyendo su resistencia, haciéndola

más predispuesta a la erosión y ulceración. La humedad aumenta también el riesgo de infección (Sáenz et al., 2016).

En la Figura 5, se puede observar la etiología, o causa subyacente, es fundamental en el estudio y manejo de las úlceras por presión (UPP) por varias razones, comprender las diversas causas de las UPP es crucial para la investigación continua y el desarrollo de nuevas estrategias de prevención y tratamiento.

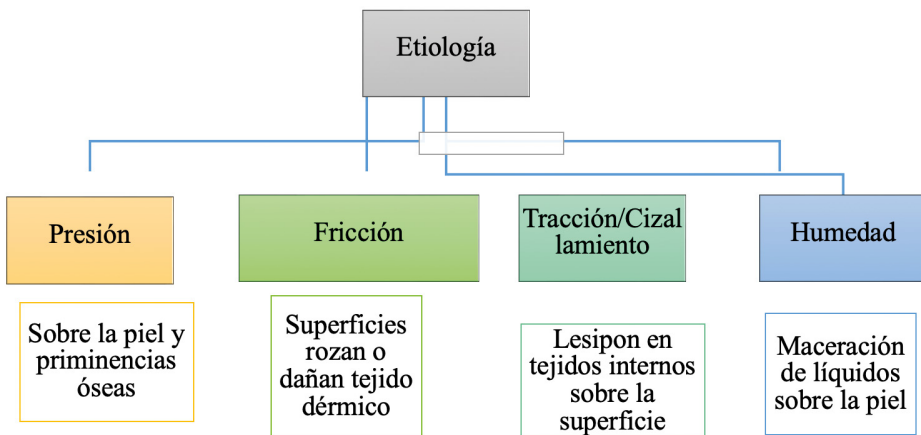


Figura 5. Factores que provocan las úlceras por presión.

Otros Factores

Fisiopatológicos

- Lesiones Cutáneas (edema, sequedad de piel, pérdida de elasticidad), se consideran como anomalías que se producen en la piel, de manera que la piel afectada difiere de la circundante puede deberse a causas externas o procesos patológicos.
- Trastornos del aporte de oxígeno (enfermedades cardiopulmonares, vasculares, periféricas, éxtasis venoso), se produce cuando por los vasos cutáneos circula sangre desprovista de oxígeno

puede ser resultado de ciertas malformaciones cardíacas o de los vasos sanguíneos, que permiten el paso directo de sangre venosa al corazón, sin que ésta haya pasado por los sacos de aire en los pulmones (alvéolos), en donde se extrae el oxígeno del aire.

- Alteraciones Nutricionales (desnutrición, obesidad, deshidratación), las alteraciones nutricionales impiden el proceso normal de cicatrización de una herida y actúan a la vez como factor de predisposición a desarrollar una úlcera por presión
- Trastornos inmunológicos (neoplasias, infecciones), se presentan cuando el sistema inmunitario no reconoce sus propios tejidos y los ataca.
- Alteraciones del estado de conciencia (confusión, coma), es utilizado para explicar la situación de un paciente en relación a su capacidad para interactuar con el entorno y comprender la realidad; su afectación puede provocar la pérdida de funciones motoras conscientes e inconscientes.
- Trastornos neurológicos (déficit sensoriales y motores), son enfermedades del sistema nervioso central y periférico, es decir, se presentan en cerebro, columna vertebral y múltiples nervios que conectan a ambos.
- Incontinencia (urinaria o fecal), la incontinencia fecal o urinaria incrementan la humedad en la piel, pero está establecido que la incontinencia fecal actúa como un mayor factor de riesgo para la lesión dérmica en mayor proporción que la incontinencia urinaria como se demuestra en la Figura 6.

El conocimiento de la fisiopatología puede inspirar el desarrollo de nuevas terapias y enfoques de tratamiento. Por ejemplo, la inves-

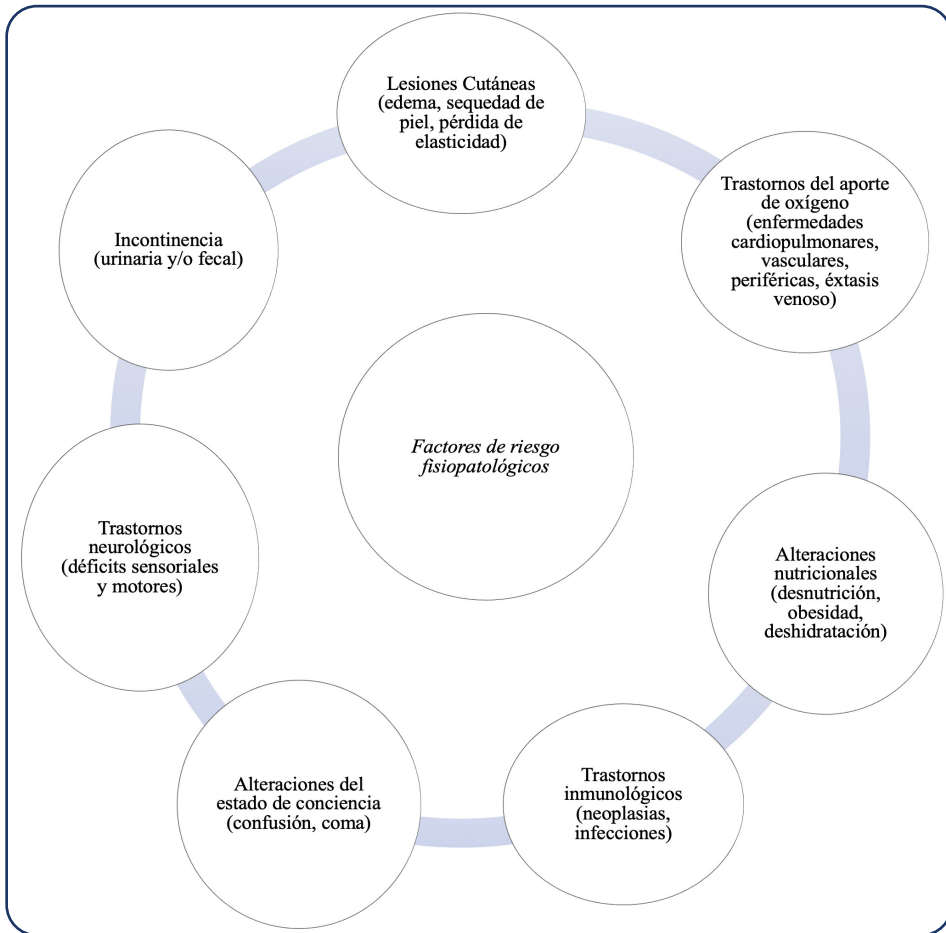


Figura 6. Factores de riesgo fisiopatológicos de las úlceras por presión.

tigación sobre los mecanismos de reparación tisular puede conducir al desarrollo de agentes terapéuticos que aceleren la cicatrización de las UPP. La comprensión de la fisiopatología es crucial para educar a los profesionales de la salud, cuidadores y pacientes sobre las causas y el manejo adecuado de las UPP.

En resumen, la fisiopatología es importante en las UPP porque proporciona la base para la prevención, tratamiento, pronóstico y desarrollo de terapias para estas lesiones.

Situación

- Inmovilidad (dolor, fatiga, estrés), disminución de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras.
- Falta de educación sanitaria de los pacientes, puede representar una serie de dificultades en el mantenimiento de la salud, problemas en el uso correcto de medicamentos y acceso deficiente a información en salud.
- Falta de criterios unificados por parte del equipo asistencial, la falta de atención médica suele adoptar dos formas: el fallo en tomar en consideración los signos obvios de un proceso grave o el fallo en seguir las indicaciones del médico después de haber buscado asistencia. En algunos casos, cualquiera de ambas situaciones puede ser fatal o conducir a una discapacidad crónica.

En la Figura 7, se da conocer la situación de las úlceras por presión (UPP) se refiere a comprender el estado actual de cada lesión específica en un paciente, es importante por varias razones ya que permite diseñar un plan de tratamiento individualizado para cada lesión. Esto puede incluir medidas específicas para promover la cicatrización, prevenir la infección y aliviar la presión en áreas afectadas.

Localizaciones más frecuentes de las UPP

Las UPP pueden aparecer en cualquier lugar del cuerpo dependiendo de la zona que se encuentran sometidas a mayor presión y de la postura habitual del paciente ver Figura 8, las localizaciones más frecuentes son las zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo:

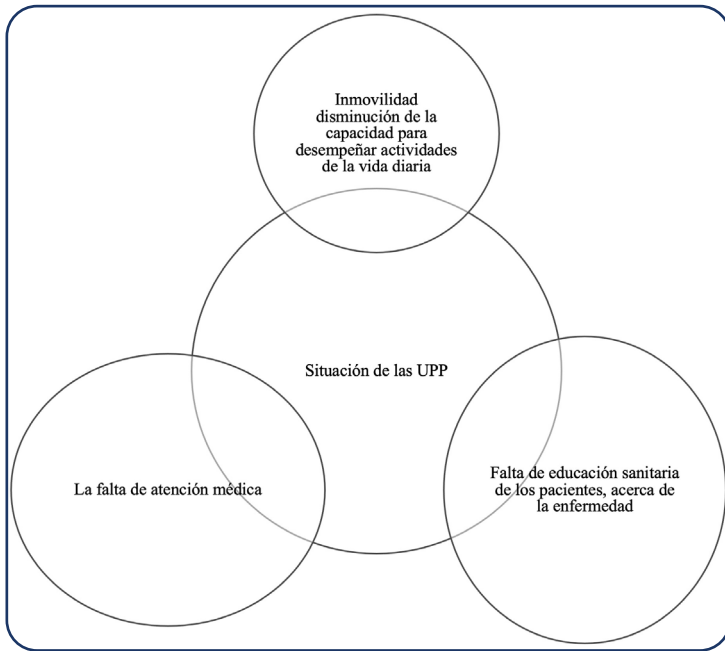


Figura 7. Situación de las úlceras por presión.

- En decúbito supino: es una posición anatómica del cuerpo humano que se caracteriza por: Posición corporal acostado boca arriba, generalmente en un plano paralelo al suelo. Cuello en posición neutral, con mirada dirigida al cénit. Miembros superiores extendidos pegados al tronco y con las palmas de las manos hacia abajo, los lugares donde encontramos formación de UPP son en la región sacra, talones, codos, omoplatos, nuca/occipital, coxis.
- En decúbito lateral: la persona se encuentra tendida de lado, con uno u otro costado sobre la superficie, el miembro superior del lado en que se halla recostado por delante del cuerpo, y los miembros inferiores extendidos, un poco flexionados o con el que queda arriba algo flexionado y adelantado. El nombre del decúbito lateral depende del lado del cuerpo que esté en contacto con el plano horizontal: izquierdo o derecho, las áreas donde se formar

UPP son los tobillos, muslos, costillas, hombros/acromion, orejas, cadera, cara interna de las rodillas.

- En decúbito prono: la persona se encuentra tendida sobre el pecho y el abdomen, con la cabeza girada hacia un lado, las extremidades superiores extendidas junto al cuerpo o flexionadas a nivel del codo y los miembros inferiores extendidos, las áreas donde se forman UPP son dedos de los pies, rodillas, genitales masculinos, mamas, mejillas, orejas, nariz, caderas.
- En sedestación: Es una posición básica y es la de estar sentados las áreas donde se forman UPP son los omóplatos, isquion, coxis, muslos, talones, metatarsianos.



Figura 8. Localizaciones más frecuentes de las UPP.

Fuente: Tomada del Proyecto de vinculación "Funciones Técnicas de enfermería en Centros Geriátricos, asistenciales y Albergues" del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

Cuadro Clínico

El estadiaje es un sistema de valoración que clasifica las UPP en base a la profundidad anatómica del tejido dañado, tal como podemos observar en la Figura 9.

Estadio I

En este primer estadio existe una alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pacientes de pieles oscuras observar edema, induración y decoloración. En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos:

- Temperatura de la piel (caliente o fría).
- Consistencia del tejido (edema, induración).
- Sensación de (dolor y escozor).

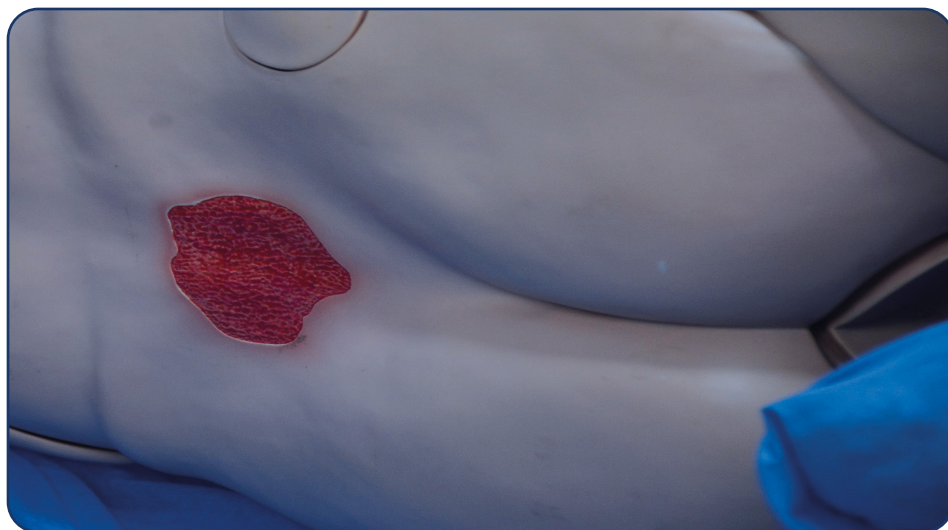


Figura 9. Úlcera por presión Grado I

Fuente: Tomada de los Laboratorios del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

Estadio II

- Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la De los laboratorios del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja. epidermis, dermis o ambas.
- Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial (ver Figura 10).



Figura 10. Úlcera por presión Grado II

Fuente: De los Laboratorios del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

Estadio III

En la Figura 11 se puede observar la pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente. Puede presentarse en forma de cráter, a menos que se encuentre cubierto por tejido necrótico.

Estadio IV

Pérdida total del grosor de la piel ver Figura 11 con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.).

Tanto en el estadio III como en el IV, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos. En estos casos se deberá valorar la retirada del tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera.

Valoración del riesgo de UPP

En la Figura 12 se muestra la utilización de una escala de valoración de riesgo al ingreso facilita la identificación de los factores de

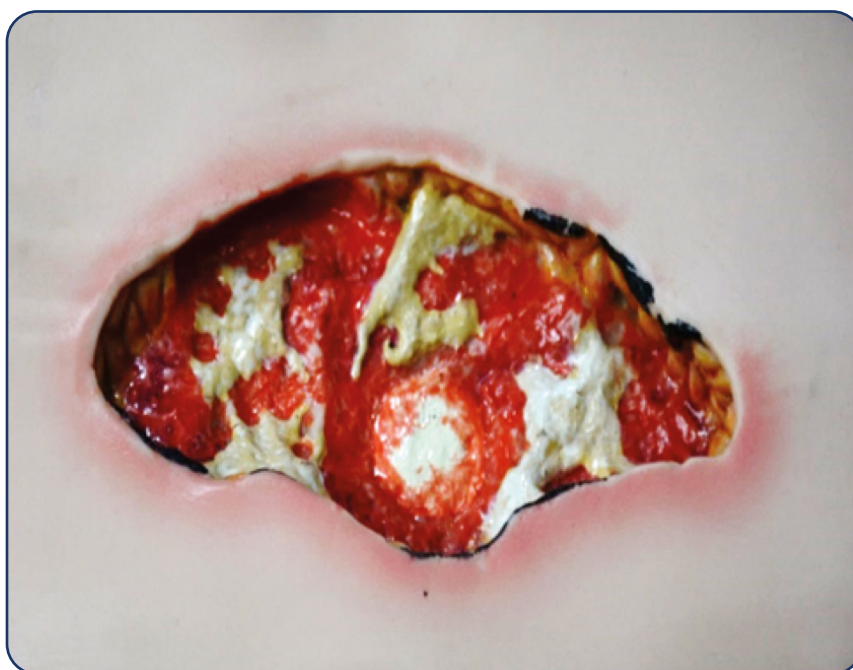


Figura 11. Úlcera por presión Grado III

Fuente: De los Laboratorios del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.



Figura 12. Úlcera por presión Grado IV

Fuente: De los Laboratorios del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

complicación, así como el riesgo global del paciente. El profesional de enfermería es el responsable de realizar la valoración del riesgo dentro de las primeras 24 horas del ingreso. Los resultados de esta valoración permiten orientar los cuidados.

Escala de Braden

En la Tabla 2 se describe que para la evaluación de la piel se hace uso de varias herramientas y la más común que se utiliza es la Escala de Braden. La escala de tasas de todos los factores entre 1 a 4, con la excepción de fricción y cizallamiento, que solo tiene tres puntos a su escala. Esta herramienta comprueba lo siguiente:

- Parámetros sensoriales o sensación sobre la piel.

- Humedad de la piel.
- Actividad del paciente independientemente de su grado de movilidad.
- Movilidad que evalúa si el paciente puede cambiar y controlar su postura y posición Evaluación nutricional.
- Evaluación de fuerzas de fricción y cizalla sobre la piel afectada.

Tabla 2. La Escala Braden (1988)

Percepción sensorial	1. Completamente limitada	2. Muy limitada	3. Ligeramente limitada	4. Sin limitaciones
Exposición a la humedad	1. Constantemente húmeda	2. A menudo húmeda	3. Ocasionalmente húmeda	4. Raramente húmeda
Actividad	1. Encamado/a	2. En silla	3. Deambula ocasionalmente	4. Deambula frecuentemente
Movilidad	1. Completamente inmóvil	2. Muy limitada	3. Ligeramente limitada	4. Sin limitaciones
Nutrición	1. Muy pobre	2. Probablemente inadecuada	3. Adecuada	4. Excelente
Roce y peligro de lesiones cutáneas	1. Problema	2. Problema potencial	3. No existe problema aparente	
Alto riesgo	<12			
Riesgo moderado	13-14 puntos			
Riesgo bajo	15-16 (<75 años)			
	15-18 (<75 años)			

Fuente: Padilla (2018).

Como la situación del paciente no es estática, es necesaria la reevaluación periódica. No solo se debe realizar la valoración de riesgo en el momento del ingreso, sino que, dependiendo del riesgo, habrá que valorarlo periódicamente.

La evaluación del riesgo como se demuestra en la Tabla 3, la máxima puntuación posible de Braden es 23. Especial atención es tomada para prevenir úlceras por presión. Existe también la escala de Norton donde se valoran 5 parámetros y en cada uno de ellos tenemos 4 variables las cuales se puntúan desde el 4 hasta el 1 y según la puntuación final se valorará si el riesgo es mayor o menor.

Tabla 3. Evaluación de riesgo

Riesgo	Periodicidad de la evaluación
Riesgo alto (<12)	Diario
Riesgo moderado (13-14)	Cada de 3 días
Riesgo bajo (15-16 en <75 años y 15-18 en >75 años)	Cada 7 días
Sin riesgo	Cada 7 días

Fuente: Padilla (2018).

Los parámetros que se valoran son el estado físico general, el estado mental del paciente, su actividad, movilidad y la incontinencia y de qué tipo. Según la puntuación obtenida clasificaremos cada caso según el riesgo que presente tras evaluarlo con la escala de Norton (Romanos & Casanova, 2017).

Escala de Norton

Para valorar úlceras por presión se suele utilizar la escala de Norton ver Tabla 4. En esta escala se valoran los 5 parámetros, que son:

Tabla 4. Escala de Norton

Estado físico general	Bueno	Mediano	Regular	Muy malo
Estado mental	Alerta	Apático	Confuso	Estuporoso Comatoso
Actividad	Ambulante	Disminuida	Muy Limitada	Inmóvil
Movilidad	Total	Camina con ayuda	Sentado	Encamado
Incontinencia	Ninguna	Ocasional	Urinaria o Fecal	Urinaria y Fecal
Puntuación	4	3	2	1

Fuente: Padilla (2018).

estado general, actividad, movilidad e incontinencia. Cada parámetro se puntúa de 1 a 4 de modo que la puntuación máxima sea de 20 y la mínima de 5.

Si un paciente presenta una escala de Norton de 12 o menos estamos ante una persona con alto riesgo de aparición de úlceras por presión.

Si un paciente presenta un índice en la escala de Norton de 14 o inferior posibilidades de formación de úlceras por presión.

Una escala de valoración del riesgo de UPP es una herramienta de cribaje diseñada para ayudar a identificar a los pacientes que pueden desarrollar una UPP como se observa en la Tabla 5. Las escalas de valoración del riesgo de presentar UPP constituyen un instrumento objetivo para valorar y poder tomar decisiones, estando por encima del propio juicio clínico. Su uso sistemático aumentará la calidad de los cuidados que se interviene al enfermo. Como norma general se

Tabla 5. Clasificación de los riesgos en la Escala de Norton

Puntuación	Tipo de riesgo
Puntuación de 5 a 9	Riesgo muy alto
Puntuación de 10 a 12	Riesgo alto
Puntuación de 13 a 14	Riesgo medio
Puntuación mayor de 14	Riesgo mínimo / No riesgo

Fuente: Padilla (2018).

debe considerar a todos los pacientes que ingresan en nuestras unidades como de riesgo de padecer úlcera por presión, procediendo a confirmar o descartar este riesgo con la aplicación de una UPP. La valoración ha de realizarse inmediatamente al ingreso, y de forma periódica durante su estancia. Si el paciente no tiene riesgo, reevaluar semanalmente y especialmente si sufre intervención quirúrgica mayor a 10 horas, isquemia por cualquier causa, hipotensión, disminución de la movilidad, anemia, pruebas diagnósticas que requieran reposo durante al menos 24 horas o cambio en las condiciones del estado del paciente y su entorno (Romanos & Casanova, 2017).

Cuidados generales en la prevención de UPP

Para minimizar el efecto de la presión como causa de la UPP hay que considerar cuatro elementos: movilización, cambios posturales, utilización de superficies especiales de apoyo y la protección local ante la presión.

Movilización

Se aconseja:

- Fomentar el movimiento del paciente en la medida de sus posibilidades.

- Proporcionar dispositivos de ayuda según la situación del paciente, como barandillas, trapecio, andador, bastones, grúas, etc.
- Si la situación del paciente no lo permite, realizar movilizaciones pasivas o pasivo/asistidas 3 o 4 veces al día, sin sobrepasar el punto de aparición del dolor.
- En periodos de sedestación se efectuarán movilizaciones horarias. Si el paciente puede realizarlo autónomamente, se movilizará cada quince minutos (cambios de postura o pulsiones).

Cambios posturales

Están determinados por el riesgo de UPP y por las necesidades individuales de cada paciente. Siempre que no exista contraindicación deben realizarse cambios posturales, ya que permiten evitar o aligerrar la presión prolongada.

En la Figura 13 podemos describir que los pacientes encamados, es importante realizar los cambios de posición cada 2-3 horas, siguiendo una rotación programada e individualizada. Durante la noche, se aconseja que se realicen cada 4 horas, esto permite disminuir la aparición de las UPP

Tipos de cambios posturales

Decúbito supino

- Colocar una almohada pequeña o una toalla enrollada bajo la región lumbar.
- Colocar una almohada bajo la región superior de los hombros, cuello y cabeza
- Colocar un cojín bajo las piernas dejando los talones sin contacto con la cama. Las piernas deben quedar ligeramente separadas.



Figura 13. Cambios posturales

Fuente: De los Laboratorios del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

- Mantener los pies en ángulo recto poniendo un cojín entre las plantas y los pies de la cama, se evita el equino.
- Poner almohadas entre los brazos, manteniéndolos paralelos al cuerpo, evitando la rotación externa de la cadera.

Las úlceras por decúbito supino, se desarrollan principalmente debido a la presión prolongada sobre áreas del cuerpo donde los huesos están cerca de la superficie de la piel, como las caderas, los tobillos, los talones, los codos, los hombros, la espalda y la cabeza. Cuando se aplica presión a estas áreas durante un período prolongado, puede obstruir el flujo sanguíneo a la piel y los tejidos subyacentes, lo que

resulta en daño tisular y, eventualmente, en la formación de úlceras ver Figura 14.



Figura 14. Cambios posturales/ Decúbito supino.

Fuente: Tomada del Proyecto de vinculación "Funciones Técnicas de enfermería en Centros Geriátricos, asistenciales y Albergues" del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

Decúbito lateral

- Poner al paciente en decúbito supino.
- Colocar la almohada bajo la cabeza y cuello del paciente (ver Figura 15).
- Colocar ambos brazos ligeramente flexionados.
- Colocar una almohada paralela a la espalda y girando al paciente apoyarlo sobre ella; sacar el hombro sobre el que se apoya.
- Colocar una almohada entre las piernas, desde la ingle hasta el pie.



Figura 15. Cambios posturales/ Decúbito lateral.

Fuente: Tomada del Proyecto de vinculación “Funciones Técnicas de enfermería en Centros Geriátricos, asistenciales y Albergues” del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

Las úlceras por presión en la posición de decúbito lateral, los puntos de presión más comunes incluyen la cadera, el hombro, la oreja y el costado del cuerpo. Si una persona permanece en la misma posición durante períodos prolongados, la presión constante en estos puntos puede interferir con el flujo sanguíneo y provocar daño tisular, lo que finalmente puede dar lugar a la formación de úlceras por presión.

Decúbito prono

- Girar al paciente sobre sí mismo hasta quedar en decúbito prono, colocando la cabeza de lado sobre una almohada pequeña.
- Colocar otra almohada pequeña sobre el abdomen.

- Colocar una almohada bajo la porción inferior de las piernas situando los pies en ángulo recto.
- Colocar los brazos en flexión, dejar libres de presión los dedos del pie, rodillas, genitales y mamas, como se muestra en la Figura 16.

La formación de úlceras por presión en la posición de decúbito prono puede ocurrir debido a varios factores. Aunque la posición de decúbito prono puede parecer menos propensa a la formación de úlceras en comparación con otras posiciones, como el decúbito supino o el decúbito lateral, todavía puede haber puntos de presión significativos que pueden conducir al desarrollo de úlceras. Algunas razones por las cuales las úlceras por presión pueden ocurrir en la posición de decúbito prono incluyen:

- Presión en áreas específicas: Aunque la presión se distribuye de manera más uniforme en el cuerpo en posición de decúbito prono que en otras posiciones, aún existen áreas donde la presión puede concentrarse, como la frente, el mentón, las mejillas, el pecho, el abdomen, las caderas, las rodillas, los tobillos y los dedos de los pies.
- Restricción del flujo sanguíneo: La presión constante sobre áreas específicas en la posición de decúbito prono puede restringir el flujo sanguíneo a la piel y los tejidos subyacentes. Esta restricción del flujo sanguíneo puede provocar daño tisular y eventualmente la formación de úlceras por presión.

Sentado/Sentado/Fowler

Debe utilizarse un sillón adecuado, cómodo, con el respaldo un poco inclinado. Colocar un cojín o almohada pequeña en la región cervical, en la zona lumbar y bajo las piernas. Mantener los pies en án-



Figura 16. Cambios posturales/ Decúbito prono.

Fuente: De los Laboratorios del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

gulo recto. Cuidar la posición de los brazos, el alineamiento del cuerpo, y la ubicación de sondas y bolsa colectoras (Sáenz et al., 2016)

Las úlceras por presión también pueden desarrollarse en personas que permanecen en posición de sedestación (sentadas) durante períodos prolongados. Aunque la posición sentada distribuye el peso del cuerpo de manera más uniforme en comparación con otras posiciones, como el decúbito supino, lateral o prono, todavía puede haber puntos de presión significativos que pueden conducir al desarrollo de úlceras. Ver Figura 17 algunas razones por las cuales las úlceras por presión pueden ocurrir en posición de sedestación incluyen:

- Presión en áreas específicas: En la posición de sedestación, las áreas más vulnerables a la presión incluyen los glúteos, los muslos, los huesos de la pelvis, la columna vertebral y los talones. Estas áreas pueden estar sujetas a una presión constante debido al



Figura 17. Cambios posturales/ Sedestación.

Fuente: De los Laboratorios del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

peso del cuerpo, especialmente si el individuo permanece sentado durante largos períodos sin moverse.

- **Fricción y humedad:** La fricción causada por el roce de la piel contra la superficie del asiento, combinada con la humedad causada por la transpiración o la incontinencia, puede aumentar el riesgo de desarrollar úlceras por presión en personas que permanecen sentadas durante mucho tiempo.
- **Inmovilidad:** La falta de movilidad o la incapacidad para cambiar de posición con regularidad puede aumentar el riesgo de desarrollar úlceras por presión en personas que pasan mucho tiempo en posición de sedestación. La presión constante sobre ciertas áreas del cuerpo puede reducir el flujo sanguíneo y causar daño tisular.
- **Factores de riesgo adicionales:** La mala nutrición, la deshidratación, la edad avanzada, la fragilidad de la piel, la disminución de

la sensibilidad y enfermedades que afectan la circulación sanguínea o la capacidad de sanación de la piel también pueden aumentar el riesgo de desarrollar úlceras por presión en personas que permanecen sentadas durante períodos prolongados.

Tratamiento

El enfoque terapéutico de las UPP depende de su estadio y las características clínicas de la lesión. Los objetivos primordiales en el tratamiento de las UPP son, por un lado, conseguir que la lesión no evolucione a un estadio superior y por otro, que la cicatrización se logre en el menor tiempo posible.

Tratamiento Dietético

Es importante un régimen dietético rico en vitaminas y proteínas las cuales se pueden encontrar en la carne en general, las aves de corral, las piezas caza, el pescado o la pesca, los huevos y los productos lácteos. Se debe fomentar la ingesta o la suplementación dietética en pacientes con UPP que presenten alteraciones nutricionales.

Los alimentos ricos en vitaminas esencialmente los que contienen la vitamina C que es coadyuvante para la cicatrización de lesiones; dicha vitamina se puede encontrar los cítricos (naranja, limón, lima, tomate de árbol, piña, babaco, etc.), los pimientos, las coles, espinacas, la coliflor, las patatas (papas).

Las vitaminas son necesarias para la regeneración de la piel e infecciones de esta producida por laceraciones, cirugías o traumatismos, etc. Al contar con una piel sana e hidratada se mantiene la barrera de protección antes microorganismos. El consumo de vitamina A, B2, B3, B6 ayuda a evitar la resequedad de la piel y se la puede encontrar en las zanahorias, el brócoli, el perejil, en la yema de huevo,



Figura 18. Alimentación del adulto mayor

Fuente: Tomada del Proyecto de vinculación "Funciones Técnicas de enfermería en Centros Geriátricos, asistenciales y Albergues" del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

espinacas y berro. La vitamina B12 contribuye a la regeneración de la piel y se puede encontrar en levadura, espinacas, lechuga productos integrales, carne hígado y la yema de huevo, tal como se muestra en la Figura 18.

El consumo de vitamina E mantiene la hidratación de la piel, esta se puede encontrar en hortalizas de hoja verde, aceites vegetales, leche, pescado, berros y productos derivados de la soya.

Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico es primordial para la curación de las úlceras por presión, entre ellas encontramos:

- El consumo de Vitamina C (500 mg dos veces al día) se cree que puede reducir la superficie de la úlcera de decúbito.
- Sulfato de Zinc (220 mg tres veces diarias) ayuda a la cicatrización de heridas y terapia para el dolor con analgésicos y antibióticos, como se puede apreciar en las Figuras 19 y 20.



Figura 19. Administración de medicación del adulto mayor.

Fuente: Tomada del Proyecto de vinculación "Funciones Técnicas de enfermería en Centros Geriátricos, asistenciales y Albergues" del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.



Figura 20. Administración de medicamento por vía oral.

Fuente: Tomado en los laboratorios del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

Se recomienda también el uso de:

- Hidrogeles: Estos son geles que mantienen húmedas las heridas y ayudan en la limpieza de las heridas.
- Hidrocolooides: son apósitos adhesivos que forman un gel sobre la herida y adherido a la piel sana circundante.
- Espumas: Pueden utilizarse para absorber y retener líquidos y mantener la úlcera seca y ayudar a la curación.
- Apósitos especializados: Como los de poliuretano (Tegaderm) o de hidrocoloide (Duoderm) facilitan la cicatrización cuando se aplican sobre úlceras superficiales limpias y sin tejido necrótico.

Tratamiento Terapéutico y Quirúrgico

Desbridamiento: Antes de elegir un método o métodos de desbridamiento es importante se debe valorar los diferentes elementos: Rapidez en la eliminación de tejido desvitalizado, presencia de carga bacteriana. (Infección), características del tejido a desbridar y piel perilesional, profundidad y localización del tejido a desbridar, cantidad de exudado, dolor y alteraciones de la coagulación ver Figura 21

Tipos de Desbridamiento

Desbridamiento Autolítico: Este método se debe aplicar en combinación con el desbridamiento cortante. Es el método más selectivo, atraumático y no doloroso. Generalmente es bien aceptado por la persona. Mediante la utilización de cualquier producto capaz de producir condiciones de cura húmeda (hidrogeles y apósitos hidro reguladores).

Desbridamiento Quirúrgico: Indicado ante escaras gruesas, muy adherentes, tejido desvitalizado de lesiones extensas, profundas,



Figura 21. Geles a base de hidrogel.

Fuente: Tomado en los laboratorios del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

muy exudativas, de localizaciones especiales y con signos de celulitis o sepsis. Consiste en retirar completamente el tejido desvitalizado. Normalmente son resecciones amplias que implican retirada de tejido necrótico y sano pudiendo provocar sangrado. Se realiza en una sesión por un cirujano, en quirófano bajo una técnica anestésica o de sedación. Es aconsejable la aplicación de algún antiálgico tópico (gel de lidocaína al 2%).

Desbridamiento Cortante: Indicado ante tejido necrótico, desvitalizado seco o con exudado abundante, con sospecha de elevada carga bacteriana o signos de infección o celulitis, que no estén localizadas en áreas anatómicas de especial atención antes mencionadas. Consiste en la retirada selectiva de tejido desvitalizado, en diferentes sesiones y hasta el nivel de tejido viable, durante este procedimiento se extremarán medidas de asepsia (Martínez, 2018).

Intervención de Enfermería

Colchón Antiescaras

Está conformado por un cobertor de burbujas que son insufladas por una bomba compresora la que está programada para rítmicamente inflar y desinflar unas y otras de estas burbujas, en forma alterna y así simular la movilidad de las manos como un masaje.

Los colchones antiescaras juegan un papel fundamental en el manejo y la prevención de las úlceras por presión (UPP). Aquí se destacan algunas razones importantes que explican su importancia:

- **Distribución de la presión:** Los colchones antiescaras están diseñados específicamente para distribuir la presión de manera uniforme sobre la superficie del cuerpo. Esto ayuda a reducir los puntos de presión en áreas vulnerables, lo que disminuye el riesgo

de desarrollar úlceras por presión en pacientes que pasan largos períodos en la cama.

- **Prevención de úlceras por presión:** Al aliviar la presión en áreas críticas del cuerpo, los colchones antiescaras ayudan a prevenir la formación de úlceras por presión. Esto es particularmente importante en personas que tienen dificultades para cambiar de posición por sí mismas o que tienen un alto riesgo de desarrollar UPP debido a su estado de salud o movilidad limitada.
- **Mejora del confort:** Los colchones antiescaras proporcionan una superficie más cómoda para los pacientes, lo que puede mejorar su calidad de vida y reducir el riesgo de incomodidad y dolor asociados con las úlceras por presión.
- **Promoción de la cicatrización:** En pacientes que ya tienen úlceras por presión, los colchones antiescaras pueden ayudar a promover la cicatrización al reducir la presión sobre la herida y proporcionar un entorno favorable para la curación.
- **Adaptabilidad a las necesidades individuales:** Los colchones antiescaras están disponibles en una variedad de estilos y configuraciones para adaptarse a las necesidades individuales de los pacientes. Esto incluye colchones de aire, colchones de espuma con células de aire, colchones de gel y otros tipos de superficies de alivio de presión, tal y como se puede apreciar en la Figura 22.

Almohadillas

Están diseñadas para ayudar a la estimulación circulatoria en las diferentes partes del cuerpo y proporcionar puntos de liberación de presión donde frecuentemente se producen úlceras crónicas (UPP), también son soportes que permiten tener una mejor posición al paciente en cama dando así confort y alivio.



Figura 22. Colchón antiescaras.

Fuente: De los Laboratorios del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

Las almohadas también pueden desempeñar un papel importante en el manejo y la prevención de las úlceras por presión (UPP), observe la Figura 23 aunque su importancia puede ser diferente en comparación con los colchones antiescaras. Aquí hay algunas formas en que las almohadas pueden ser importantes en el contexto de las UPP:

- Alivio de la presión localizada: Las almohadas pueden utilizarse para aliviar la presión en áreas específicas del cuerpo donde pueden desarrollarse úlceras por presión, como los talones, los codos, la parte posterior de la cabeza o las orejas. Al colocar almohadas debajo de estas áreas, se puede reducir la presión y el riesgo de desarrollar úlceras.



Figura 23. Uso de almohadillas.

Fuente: De los Laboratorios del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

- **Posicionamiento adecuado:** En pacientes que deben permanecer en una posición particular debido a una lesión o cirugía, las almohadas pueden ser útiles para mantener una alineación adecuada del cuerpo y prevenir la presión excesiva en ciertas áreas. Por ejemplo, una almohada colocada entre las rodillas puede ayudar a alinear la columna vertebral y reducir la presión en la zona lumbar.
- **Soporte y comodidad:** Las almohadas pueden proporcionar soporte adicional y aumentar el confort del paciente, lo que puede ser especialmente importante para aquellos que tienen dificultades para cambiar de posición o que deben permanecer en la cama durante largos períodos. Un buen soporte puede ayudar a prevenir la aparición de puntos de presión y reducir el riesgo de desarrollar úlceras.
- **Prevención de la fricción y el roce:** En algunos casos, las almohadas también pueden ayudar a prevenir la fricción y el roce entre la piel y la superficie de la cama, lo que puede contribuir al desarrollo de úlceras por presión. Por ejemplo, una almohada colocada bajo las piernas puede ayudar a reducir la fricción entre las rodillas y las sábanas.

Crema hidratantes

Permiten mantener la piel hidratada evitando así la aparición de úlceras por presión ya que la sequedad de la piel provoca laceraciones dando una puerta de entrada para microorganismos los cuales producen una infección en el sitio de laceración.

Educación a Familiares

- **Procurar una buena higiene cutánea:** para eliminar los residuos

de sudor o eliminaciones fisiológicas evitando así las infecciones causadas por bacterias. Baño de esponja diario y mantener la piel seca.

- Realizar frecuentes curaciones (dos veces al día): Esta curación se realiza eliminando el tejido necrótico que promueve la cicatrización y previene la infección. Para realizar la curación de una UPP, hay que seguir las siguientes pautas básicas: Elegir la posición más adecuada para el paciente, realizar la curación en condiciones de asepsia, retirar el apósito (si lo tuviera) mediante una técnica no agresiva, valorar la piel perilesional y proteger si procede, utilización de cremas protectoras como vaselina, óxido de zinc, etc. y de ácidos grasos hiperoxigenados (ver Figura 24).



Figura 24. Colocación de cremas hidratantes.

Fuente: Tomado en los laboratorios del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

Procedimiento de la curación

Limpiar las lesiones inicialmente y en cada curación, utilizar como norma suero salino fisiológico, usar la mínima fuerza mecánica para la limpieza de la úlcera, así como para su secado posterior, utilizar una presión de lavado efectivo para facilitar el arrastre de bacterias y restos de curaciones anteriores, pero, sin capacidad para producir traumatismos en el tejido sano. La presión de lavado más eficaz es la proporcionada por la gravedad o por ejemplo la que se realiza a través de una jeringa llena con 35 ml con una aguja o catéter de 19 mm que proyecta el suero fisiológico sobre la herida. Como norma no limpiar la herida con antisépticos locales (povidona iodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético, solución de hipoclorito) o limpiadores cutáneos como se observa en la Figura 25, Todos son



Figura 25. Curación de úlcera por presión.

Fuente: Tomado en los laboratorios del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

productos químicos citotóxicos para el nuevo tejido y en algunos casos su uso continuado puede provocar problemas sistémicos por su absorción en el organismo.

Complicaciones

Una vez que se ha desarrollado una úlcera por presión, suele llevar un largo proceso de evolución. A menudo se necesitan meses para que la úlcera se cure completamente, el proceso de curación pasa por varias fases, no hay que obviar que aún después de haberse curado, sigue existiendo un elevado riesgo de que la úlcera por decúbito vuelva a reproducirse (recidiva) en la misma zona afectada.

Como pueden entrar patógenos de enfermedades dentro de una úlcera abierta, existe el peligro de una infección bacteriana. Si la úlcera infectada alcanza el hueso, puede formarse una inflamación aguda de la médula ósea (osteomielitis).

Además, el patógeno puede extenderse por todo el cuerpo por vía sanguínea, lo que puede provocar un absceso óseo, una infección pulmonar o incluso una grave infección en la sangre (sepsis) con el subsiguiente deterioro del órgano, lo cual puede ser una complicación muy peligrosa (Martínez, 2018).

Junto a las complicaciones físicas, las úlceras también pueden desencadenar otras psicológicas: a causa de los dolores constantes y la sensación de estar muriendo en vida que produce la úlcera por decúbito, sobre todo cuando está infectada y huele, el paciente puede sufrir miedo, depresión y una fuerte apatía. Las complicaciones en piel debido a las úlceras por presión son muchas y variadas, dadas unas por la propia pérdida de los tegumentos; otras, dependen de su localización (ver Figura 26); las más frecuentes son:

- Infecciones de partes blandas en forma de celulitis o abscesos: infección aguda y progresiva de la piel que involucra la dermis y los tejidos subcutáneos.
- Procesos infecciosos óseos: es una infección súbita o de larga data del hueso o médula ósea, normalmente causada por una micobacteria y hongos.
- Cuadros artríticos: Es la inflamación de una o más articulaciones. Una articulación es el área donde dos huesos se encuentran (articulan); involucra el desgaste del cartílago óseo. Se puede presentar por presencia de una infección por virus o bacterias.



Figura 26. Curación de herida de UPP complicada.

Fuente: Tomado en los laboratorios del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

- Tromboflebitis: Inflamación de una vena a causa de un coágulo sanguíneo, se puede presentar por hospitalización debido a una enfermedad grave que no permite la movilidad. Otras complicaciones sistémicas potenciales son: endocarditis, infestación por parásitos, fístula uretro-perineal, absceso, carcinoma de células escamosas en la UP y complicaciones derivadas del tratamiento tópico (toxicidad por yodo, pérdida de audición tras neomicina tópica y gentamicina sistémica).
- Las complicaciones secundarias son, principalmente: pérdida de calidad de vida y aumento de morbi-mortalidad derivada de una mayor estancia hospitalaria, retraso en la recuperación y rehabilitación e infecciones nosocomiales.

Casos Clínicos de Estudio

Caso clínico 1: Paciente con úlcera de presión grado III

Historia clínica

Anamnesis:

Datos de filiación:

- Nombre y apellido: n.n.
- Edad: 72.
- Género: masculino.
- Raza: mestizo.
- Estado civil: viudo.
- Instrucción: primaria.
- Ocupación: ninguno.
- Fecha de nacimiento: 30-08-1951.
- Tipo de seguro: ninguno.

Motivo de consulta:

- Lesión en región de espalda baja.

Enfermedad actual:

- Cuidador de paciente refiere que presenta diagnóstico de diabetes mellitus desde hace varios años en tratamiento con metformina de 500 mg cada 12 horas e hipertensión arterial con losartán de 50 mg cada día. Indica que hace aproximadamente 3 meses presenta una lesión en región sacra de más o me-

nos 7 centímetros, bordes irregulares y con salida de secreción de moderada cantidad, de coloración amarillenta y mal olor, acompañada de prurito generalizado en lesión (ver Figura 27).

Antecedentes patológicos personales:

- Diabetes mellitus en tratamiento con metformina 500 mg cada 12 horas.
- Hipertensión arterial en tratamiento con losartán 50 mg cada día.

Antecedentes patológicos familiares:

- Mamá: diabetes mellitus (+).

Antecedentes quirúrgicos y traumáticos:

- No refiere.

Hábitos:

- Diuresis: 5 veces al día.
- Alimentación: 3 veces al día.
- Tabaco: ninguno.
- Alcohol: ninguno.

Fuente de información:

- Cuidadora.

Examen físico:

Signos vitales:

- TA: 130/90 mmHg.

- FC: 70 lpm.
- FR: 16 rpm.
- SatO₂: 93%.
- T^a: 37.3 °C.
- Peso: 53 kg.
- Talla/estatura: 147 cm.
- IMC: 24.5.
- Glasgow: 15/15.

Examen físico general:

- Paciente irritable al manejo, afebril, reactivo a la estimulación, no sedestación.

Examen de región anatómica:

- Paciente no activo ni reactivo al manejo.
- Cabeza: normocéfala, con implantación de cabello normal.
- Ojos: pupilas reactivas a la fotoestimulación, isocóricas, movilidad ocular conservada.
- Nariz: fosas nasales permeables.
- Boca: presencia de placa dentaria, piezas dentales en mal estado.
- Oídos: normales, implantación adecuada.
- Cuello: móvil, no ingurgitación yugular, no adenopatías.
- Tórax: expansible y simétrico.

- Pulmones: murmullo alveolar conservado.
- Abdomen: suave y depresible a la palpación, presencia de ruidos hidroaéreos.
- Región sacra: presencia de lesión de bordes irregulares de aproximadamente 20 centímetros con presencia de tejido purulento de coloración amarillenta irradiado a región glútea.

Extremidades:

- Superiores: tono y fuerza disminuidos, llenado capilar < 5 segundos.
- Inferiores: presencia de edema, tono y fuerza muscular disminuidos, sensibilidad conservada.

Tratamiento médico indicado

Medidas generales:

- Cuidados de enfermería.
- Control de signos vitales.
- Control de glicemia capilar.
- Posición decúbito lateral izquierdo/derecho.
- Cambios de posición cada 4 horas.
- Curación cada día.
- Vitamina D3 10.000 UI cada día.
- Eritropoyetina 100.000 UI cada 48 horas por tres ocasiones.
- Raspado de panela esterilizada.

- Alimentación saludable.
- Valoración de escala de Braden.
- Continuar con medicación habitual para patología.
- Signos de alarma.

Fundamentación medicación administrada:

Vitamina D (colecalfiferol):

- Una de las funciones principales de la vitamina D es ayudar al cuerpo a absorber el calcio, uno de los minerales esenciales para la formación normal de los huesos. En la infancia se utiliza para producir y mantener el sistema óseo. También desempeña un papel indispensable en el mantenimiento de los órganos. Algunas de las funciones en las que interviene son: regulación de los niveles de calcio y fósforo en sangre, promueve la absorción intestinal de fósforo y de calcio a partir de los alimentos y la reabsorción de calcio a nivel renal, participa en el desarrollo del esqueleto mediante la contribución de la formación y la mineralización ósea, interviene en los procesos del sistema inmunológico, podría tener propiedades antitumorales, funciones antienvjecimiento.
- Dosis: se recomienda una ampolla de 100.000 UI o 2 ampollas de 50.000 UI en una semana. Puede considerarse una dosis de mantenimiento de una ampolla de 25.000 UI/mes.

Eritropoyetina:

- Estimula la proliferación y maduración de los progenitores eritropoyéticos (CFU-E) aumentando la masa de glóbulos

rojos y como consecuencia, el hematocrito. Debido a esta acción, se utiliza en la corrección de anemias de distintas etiologías. Es un líquido incoloro que se inyecta bajo la piel o se administra por vía intravenosa.

- Dosis: Inicial: 150 UI/kg 3 veces/sem o 450 UI/kg 1 vez/sem, 10.000 UI subcutánea cada 48 horas por 3 dosis.

Panela esterilizada sin cal:

- La panela se usa de forma terapéutica natural, por sus componentes nutricionales, que aportan de forma activa a diferentes ámbitos de la salud. En la actualidad es utilizada para la curación de heridas, ya que es un bactericida y cicatrizante por naturaleza, ayuda a la epitelización del tejido dañado, en los pacientes con úlcera de pie diabético. La panela se ha usado en diferentes tipos de heridas. En España, un estudio determinó el mecanismo de bacteriolisis por la sacarosa, definiéndola como la destrucción bacteriana por descenso de los valores de la actividad del agua, creando un medio hiperosmótico en el espacio extracelular. Sirve para regenerar piel porque no está infectada la herida. Los beneficios de la (panela) *Saccharum officinarum* incluyen propiedades como vitaminas A, que ayuda a mantener la piel sana, mejora la capacidad epidérmica de retención de humedad, contribuyendo a la hidratación de la piel, y aporta en gran medida como potente antioxidante, neutralizando los radicales libres que pueden causar estrés oxidativo en la piel. Es esencial para producir colágeno en las células cutáneas que ayudan a la estructura de la piel, también actúa como cicatrizante con resultados eficaces. La panela posee vitaminas A, B, C, D y

E. Además, es rica en hidratos de carbono, con un impacto antibacteriano al tener un elevado contenido en peróxido de hidrógeno. Es antioxidante y protege al tejido de los radicales libres. Incluye características antiinflamatorias al reducir el exudado, dolor local y el edema.

- Uso: se coloca en herida en cada curación.



Figura 27. Presencia de úlcera por presión grado III en región lumbosacra de paciente adulto mayor.

Caso clínico 2: Úlcera por presión grado III en región tobillo derecho de paciente adulto mayor

Historia clínica

Anamnesis:

Datos de filiación:

- Nombre y apellido: N.N.
- Edad: 72.
- Género: femenino.
- Raza: mestizo.
- Estado civil: viuda.
- Instrucción: primaria.
- Ocupación: ninguno.
- Fecha de nacimiento: 28-05-1940.
- Tipo de seguro: ninguno.

Motivo de consulta:

- Lesión en tobillo de pie derecho.

Enfermedad actual:

- Cuidador de paciente refiere que presenta diagnóstico de dislipemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II insulino-dependiente, hipotiroidismo, demencia mixta vascular y degenerativa primaria, valvulopatía degenerativa mitral y aórtica sin disfunción significativa, neumonía bilateral por SARS-CoV-2, insuficiencia renal aguda con hipernatremia y coma urémico,

trombosis de vena femoral común izquierdo desde hace varios años en tratamiento farmacológico: bisoprolol 5 mg, eutirox 100, pantoprazol 20 mg, inhixa 100 mg 1 ampolla subcutánea, insulina levemir mañana y noche con novorapid según glucemia. Indica que hace aproximadamente 5 meses presenta una lesión en región de tobillo de pie derecho, lesión con bordes eritematosos, con exudado de coloración amarillenta de moderada cantidad. Refiere que le han realizado curaciones por 2 ocasiones.

Antecedentes patológicos personales:

- Dislipemia.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus tipo II insulino dependiente.
- Hipotiroidismo.
- Valvulopatía degenerativa mitral y aórtica sin disfunción significativa.
- Neumonía bilateral por SARS-CoV-2.
- Insuficiencia renal aguda con hipernatremia y coma urémico.
- Trombosis de vena femoral común izquierdo.

Antecedentes patológicos familiares:

Mamá: hipertensión arterial (+).

- Padre: diabetes mellitus (+).

Antecedentes quirúrgicos y traumáticos:

- Prótesis de cadera hace 7 años.

Hábitos:

- Diuresis: 5 veces al día.
- Alimentación: 3 veces al día.
- Tabaco: ninguno.
- Alcohol: ninguno.

Fuente de información:

- Cuidadora.

Examen físico:

Signos vitales:

- TA: 140/90 mmHg.
- FC: 75 lpm.
- FR: 18 rpm.
- SatO₂: 93%.
- T^a: 37 °C.
- Peso: 50 kg.
- Talla/estatura: 150 cm.
- IMC: 22.2.
- Glasgow: 15/15.

Examen físico general:

- Paciente irritable al manejo, afebril, reactivo a la estimulación, no sedestación.

Examen de región anatómica:

- Paciente no activo ni reactivo al manejo.
- Cabeza: normocéfala, con implantación de cabello normal.
- Ojos: pupilas reactivas a la fotoestimulación, isocóricas, movilidad ocular conservada.
- Nariz: fosas nasales permeables.
- Boca: presencia de placa dentaria, piezas dentales en mal estado.
- Oídos: normales, implantación adecuada.
- Cuello: móvil, no ingurgitación yugular, no adenopatías.
- Tórax: expansible y simétrico.
- Pulmones: murmullo alveolar conservado.
- Abdomen: suave y depresible a la palpación, presencia de ruidos hidroaéreos.

Extremidades:

- Superiores: tono y fuerza disminuidos, llenado capilar < 5 segundos.
- Inferior izquierdo: presencia de edema, tono y fuerza muscular disminuidos, sensibilidad conservada.
- Inferior derecho: tobillo cara externa: presencia de lesión de aproximadamente 2 cm de largo, bordes eritematosos, presencia de exudado de coloración amarillenta de mal olor (ver Figuras 29 y 30).

Tratamiento médico indicado

Medidas generales:

- Cuidados de enfermería.
- Control de signos vitales.
- Control de glicemia capilar.
- Posición decúbito lateral izquierdo.
- Cambios de posición cada 4 horas.
- Colocación de almohadilla para elevar el pie derecho.
- Curación cada día.
- Sulfadiazina de plata crema.
- Colocación de gasa vaselinada en cada curación.
- Alimentación saludable.
- Valoración de escala de Braden.
- Continuar con medicación habitual para patologías.
- Signos de alarma.

Fundamentación medicación administrada:

Sulfadiazina de plata:

- La sulfadiazina de plata es un agente antimicrobiano tópico que se utiliza en el tratamiento de diversas lesiones cutáneas, incluidas las úlceras por presión (UPP). Aquí hay algunas razones por las cuales la sulfadiazina de plata puede ser utilizada en el tratamiento de UPP:

- **Acción antimicrobiana:** La sulfadiazina de plata tiene propiedades antimicrobianas que ayudan a prevenir y tratar las infecciones en las úlceras por presión. Esto es importante porque las UPP pueden ser susceptibles a la colonización bacteriana, lo que puede complicar su proceso de cicatrización.
- **Reducción del riesgo de infección:** Al aplicar sulfadiazina de plata en una úlcera por presión, se puede reducir el riesgo de que la herida se infecte, lo que puede promover una cicatrización más rápida y eficiente.
- **Promoción de la cicatrización:** Además de sus propiedades antimicrobianas, la sulfadiazina de plata también puede ayudar a promover la cicatrización de las úlceras por presión al crear un ambiente favorable para la curación. Esto puede incluir la reducción de la inflamación y la estimulación de la proliferación celular.
- **Reducción del dolor:** Al reducir la carga bacteriana y promover la cicatrización, la sulfadiazina de plata puede ayudar a reducir el dolor asociado con las úlceras por presión.

Gasa vaselinada:

- La gasa vaselinada, también conocida como gasa impregnada en vaselina, es un tipo de apósito que se utiliza comúnmente en el cuidado de heridas. Tiene varios propósitos y beneficios cuando se aplica a una herida, así como se puede observar en la Figura 28.
- **Protección:** La gasa vaselinada proporciona una capa protectora sobre la herida que ayuda a prevenir la fricción, el roce

y la contaminación externa. Esto puede reducir el riesgo de infección y promover un ambiente de curación óptimo.

- **Retención de humedad:** La vaselina impregnada en la gasa ayuda a retener la humedad alrededor de la herida, lo que puede favorecer la cicatrización al crear un ambiente húmedo propicio para la regeneración de los tejidos.
- **Facilita el desbridamiento:** La gasa vaselinada puede facilitar el desbridamiento al ablandar las costras y el exudado seco, lo que permite una eliminación más suave y menos dolorosa de los tejidos necróticos.
- **Menos adherencia:** La capa de vaselina en la gasa ayuda a prevenir que el apósito se adhiera a la herida, lo que puede reducir el dolor y el trauma al cambiar los apósitos.
- **Comodidad:** La gasa vaselinada puede proporcionar una sensación de alivio y comodidad al paciente, ya que ayuda a reducir la fricción y la irritación en la zona de la herida.



Figura 28. Gasa vaselina para curación de UPP.



Figura 29. Presencia de úlcera por presión grado III en región tobillo derecho de paciente adulto mayor.

Caso clínico 3: Presencia de úlcera por presión grado II en región dorsal de paciente adulto mayor

Historia clínica

Anamnesis:

Datos de filiación:

- Nombre y apellido: N.N.
- Edad: 80.
- Género: femenino.
- Raza: mestizo.
- Estado civil: viuda.
- Instrucción: primaria.
- Ocupación: ninguno.
- Fecha de nacimiento: 12-06-1943.
- Tipo de seguro: ninguno.

Motivo de consulta:

- Lesión en región espalda media.

Enfermedad actual:

- Cuidador de paciente refiere que presenta diagnóstico de hipertensión arterial y portadora de marcapasos desde hace siete años. En tratamiento con aspirina de 100 mg, clopidogrel de 74 mg y losartán de 100 mg. Refiere que hace aproximadamente 4 meses presenta una lesión en región dorsal como causa aparen-

te herida anterior no tratada. La herida es de aproximadamente 7 cm, con leves bordes necróticos, área eritematosa irregular con exudado purulento de mal olor.

Antecedentes patológicos personales:

- Hipertensión arterial.

Antecedentes patológicos familiares:

- Padre: insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial (+).

Antecedentes quirúrgicos y traumáticos:

- Marcapasos desde hace siete años.

Hábitos:

- Diuresis: 5 veces al día.
- Alimentación: 3 veces al día.
- Tabaco: ninguno.
- Alcohol: ninguno.

Fuente de información:

- Cuidadora.

Examen físico:

Signos vitales:

- TA: 135/90 mmHg.
- FC: 72 lpm.
- FR: 17 rpm.

- SatO₂: 92%.
- T^a: 38 °C.
- Peso: 45 kg.
- Talla/estatura: 143 cm.
- IMC: 22.
- Glasgow: 15/15.

Examen físico general:

- Paciente irritable al manejo, afebril, reactivo a la estimulación.

Examen de región anatómica:

- Paciente activo, reactivo al manejo.
- Cabeza: normocéfala, con implantación de cabello normal.
- Ojos: pupilas reactivas a la fotoestimulación, isocóricas, movilidad ocular conservada.
- Nariz: fosas nasales permeables.
- Boca: presencia de placa dentaria, piezas dentales en mal estado.
- Oídos: normales, implantación adecuada.
- Cuello: móvil, no ingurgitación yugular, no adenopatías.
- Tórax:
 - Anterior: expansible y simétrico.
 - Posterior: presencia de lesión de aproximadamente 7 cm, dolorosa a la palpación, bordes eritematosos, área edemati-

zada, presencia de exudado amarillento de moderada cantidad.

- Pulmones: murmullo alveolar conservado.
- Abdomen: suave y depresible a la palpación, presencia de ruidos hidroaéreos.

Extremidades:

- Superiores: tono y fuerza disminuidos, llenado capilar < 5 segundos.
- Inferiores: presencia de edema, tono y fuerza muscular disminuidos, sensibilidad conservada.

Tratamiento médico indicado

Medidas generales:

- Cuidados de enfermería.
- Control de signos vitales.
- Cambios de posición cada 2 horas.
- Curación cada 12 horas.
- Colocación de hidrogel en cada curación.
- Colocación de miel esterilizada en cada curación.
- Alimentación saludable.
- Valoración de escala de Braden.
- Continuar con medicación habitual para patologías.
- Signos de alarma.

Fundamentación medicación administrada:

Hidrogel:

- El hidrogel es un tipo de apósito que se utiliza comúnmente en el tratamiento de úlceras por presión (UPP) debido a sus propiedades hidratantes y de promoción de la cicatrización. Aquí hay algunas formas en que el hidrogel puede ser beneficioso en el tratamiento de UPP:
 - Hidratación de la herida: El hidrogel proporciona humedad a la úlcera por presión, lo que ayuda a mantener un ambiente de curación húmedo. Esto es importante porque la humedad favorece la regeneración de tejidos y promueve la cicatrización de la herida.
 - Protección de la herida: El hidrogel forma una capa protectora sobre la úlcera por presión, lo que puede ayudar a protegerla de irritantes externos y prevenir el roce y la fricción.
 - Alivio del dolor: El hidrogel puede proporcionar alivio del dolor al crear una barrera entre la herida y el exterior, reduciendo así la sensibilidad de la piel y minimizando el malestar.
 - Promoción de la cicatrización: El hidrogel puede ayudar a estimular la cicatrización de la úlcera por presión al mantener un ambiente de curación óptimo y promover la formación de tejido de granulación y la regeneración de la piel.
 - Facilita el desbridamiento: En algunas situaciones, el hidrogel puede ayudar a ablandar los tejidos necróticos y

facilitar el proceso de desbridamiento al eliminarlos de manera más suave y menos traumática.

Miel esterilizada:

- La miel esterilizada se ha utilizado con éxito en el tratamiento de úlceras por presión (UPP) debido a sus propiedades antibacterianas, antiinflamatorias y de promoción de la cicatrización. A continuación, se enumeran algunas formas en que la miel esterilizada puede ser beneficiosa en el tratamiento de UPP:
 - **Acción antimicrobiana:** La miel tiene propiedades antimicrobianas naturales que pueden ayudar a prevenir y tratar infecciones en las úlceras por presión. La miel esterilizada se asegura de que cualquier contaminación microbiana se elimine, lo que puede ayudar a reducir la carga bacteriana en la herida y prevenir infecciones adicionales.
 - **Reducción de la inflamación:** La miel esterilizada tiene propiedades antiinflamatorias que pueden ayudar a reducir la inflamación alrededor de la úlcera, lo que puede aliviar el dolor y promover la curación.
 - **Estimulación de la cicatrización:** La miel esterilizada es conocida por su capacidad para estimular la cicatrización de heridas al promover la proliferación celular, la formación de tejido de granulación y la regeneración de la piel. Esto puede ayudar a acelerar el proceso de cicatrización de las úlceras por presión.
 - **Protección de la piel:** La miel forma una capa protectora sobre la úlcera por presión, lo que puede ayudar a prote-

gerla de irritantes externos y promover un ambiente de curación óptimo.



Figura 30. Presencia de úlcera por presión grado II en región dorsal de paciente adulto mayor.



Capítulo 2

Dermatitis Atópica

La dermatitis es un término general que describe una irritación común de la piel. Tiene muchas causas y formas, y generalmente implica piel seca y con comezón o con sarpullido, o puede hacer que la piel se ampolle, exude, forme costras o se descame. Tres tipos comunes de esta afección son la dermatitis atópica (eccema), la dermatitis seborreica y la dermatitis por contacto; además, no es contagiosa, así como se muestra en la Figura 31. Aplicar crema hidratante de manera regular ayuda a controlar los síntomas. El tratamiento también puede incluir ungüentos, cremas y champús medicinales (Davis, 2022). En la Figura 31, se puede observar que la dermatitis en la piel, el órgano que más resulta afectado en partes o de forma total es la piel, dado que forma una barrera protectora para la protección de diferentes agentes patógenos como bacterias como *Staphylococcus aureus* que se encuentran presentes en el ambiente. Su etiología es muy variable, que va desde la contaminación bacteriana al existir un aumento de esta bacteria en piel, el ambiente en el que se desarrolla una persona, inducidos por el consumo de fármacos, uso de ropa textil de lana, antecedentes patológicos personales como la fiebre del heno, antecedentes de haber tenido dermatitis en alguna parte de nuestra vida, consumo de sustancias nocivas como el tabaco debido a que este contiene sustancias químicas irritantes y contaminantes que pueden penetrar la piel atópica, ocasionando una alteración en la barrera de la

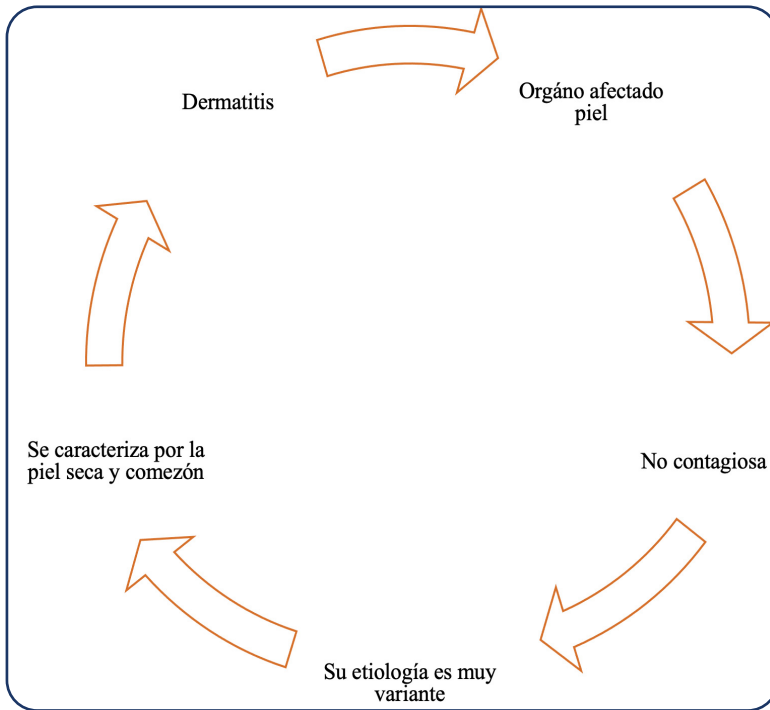


Figura 31. Dermatitis en la piel.

piel. Esta, al sentir sustancias extrañas, puede desencadenar una reacción inflamatoria del sistema inmunitario que puede provocar la dermatitis. Dentro de sus principales características se puede encontrar en la valoración clínica: piel seca, presencia de comezón manifestada por el paciente y, si no existe el tratamiento adecuado, la extensión de la misma a lo largo de toda la superficie corporal.

La dermatitis constituye un término amplio que engloba una irritación frecuente de la piel, presentando diversas causas y manifestaciones que generalmente se manifiestan a través de sequedad cutánea acompañada de picazón, erupciones, ampollas, exudación, formación de costras o descamación. Entre los tres tipos más habituales de esta afección se encuentran la dermatitis atópica (eccema), la dermatitis seborreica y la dermatitis por contacto, siendo importante destacar

que no es una condición contagiosa. La aplicación regular de crema hidratante constituye una medida efectiva para controlar los síntomas, y el tratamiento puede incluir el uso de ungüentos, cremas y champús medicinales prescritos. La dermatitis es la inflamación de las capas superficiales de la piel, que causa prurito, ampollas, enrojecimiento, hinchazón y, a menudo, exudación, costras y descamación (Ruenger, 2023).

Antecedentes relevantes

La dermatitis atópica es una patología cutánea inflamatoria crónica caracterizada por la presencia de lesiones cutáneas altamente pruríticas, eritema, descamación, xerosis y exudado. Su incidencia a nivel mundial se estima en un 20% para pacientes pediátricos y un 3% para adultos en países desarrollados. Los pacientes con dermatitis atópica usualmente asocian una variedad de patologías conocidas como la marcha atópica (asma, alergias alimenticias y rinitis), lo que nos indica una posible causa fisiopatológica en común entre estas patologías (Coghi et al., 2021).

La dermatitis atópica se ha incrementado en 2-5 veces a nivel mundial en los últimos 20 años. El incremento es atribuible a muchos factores, pero es importante considerar que se debe también a mayor conocimiento de la enfermedad y por lo tanto mayor enfoque diagnóstico por parte del médico, del paciente y de sus familiares. A pesar de su relevancia, existen pocos datos epidemiológicos acerca de la DA en nuestro medio. El Hospital Dermatológico Gonzalo González de la ciudad de Quito refiere una prevalencia del 3.2%. Estos datos son resultado de diferentes estudios que procuran aportar con datos epidemiológicos generales sobre la DA en la ciudad de Quito (Edición Médica, 2020).

Etiología

Genética:

La dermatitis atópica es una enfermedad compleja que surge de la interacción entre genética y factores medioambientales. En relación a la genética, la enfermedad aparece en el contexto de dos grupos mayores de genes que codifican proteínas epidérmicas y estructurales y genes que codifican elementos importantes del sistema inmune. La mutación más importante estaría en el gen de la filagrina, proteína que contribuye al citoesqueleto de la queratina, actuando como molde para el ensamblaje de la estructura córnea y además participa en la absorción de agua del estrato córneo. También existen alteraciones en los genes que codifican citoquinas Th2. Se ha establecido que, si ambos padres tienen antecedentes de DA, el riesgo de desarrollar la enfermedad es cercano al 80%.

Inmunopatología:

Actualmente se postula que el desarrollo de la DA ocurriría en tres etapas:

1. La primera manifestación de DA sería el resultado de la alteración de la barrera epidérmica determinada genéticamente. Posteriormente, los pacientes se sensibilizarían a distintos alérgenos, lo cual se ve favorecido por la presencia de *Staphylococcus aureus*.
2. El rascado causaría daño tisular con exposición de proteínas estructurales, gatillando una respuesta autoinmune mediada por IgE. Aparentemente, la alteración de la barrera epidérmica sería uno de los aspectos centrales en la patogenia de la enfermedad, lo que lleva a una pérdida transepidérmica de agua.

3. Esta alteración de la barrera sería requisito para la penetración de alérgenos ambientales y alimentarios. Los alérgenos canalizan la respuesta inmune a la formación de linfocitos Th2, con la consiguiente liberación de citoquinas proinflamatorias (interleuquinas 4, 5 y 13).

Actualmente se postula que la alteración en la inmunidad innata también juega un rol importante en la patogenia de la DA. La presencia de una barrera cutánea intacta es la primera línea de defensa del sistema inmune innato. La piel posee receptores toll-like (TLR), que unen estructuras virales, bacterianas y fúngicas, induciendo la producción de defensinas y catelicidinas (péptidos antimicrobianos). En los pacientes con DA, la inflamación iniciada por IL 4, 10 y 13 provoca down-regulation de estas sustancias, dificultando el manejo de las infecciones cutáneas. Por esta razón, la piel inflamada y la zona perilesional están ampliamente colonizadas por *S. aureus*. Los pacientes portadores de DA severa producen IgE específica contra autoantígenos de proteínas de los queratinocitos y células endoteliales y también contra alérgenos bacterianos. Esta IgE elevada se encuentra en el 80% de los niños con DA severa y el 25% de los adultos, y este fenómeno puede perpetuar la inflamación.

Histología

Las características histológicas varían de acuerdo a la etapa de la enfermedad. Debido a la dermatitis atópica, las células de la piel se presentan inflamadas y la zona puede estar perilesionada y colonizada por varios microorganismos como el *S. aureus*, entre otros que se encuentran en el ambiente. Esta patología puede presentar sequedad de la piel, eritema, supuración, formación de costras y liquenificación. El prurito es un síntoma cardinal.

- Lesiones agudas: Espongiosis (edema intercelular en la epidermis) y un infiltrado perivascular de linfocitos, monocito-macrófagos, células dendríticas y escasos eosinófilos en la dermis.
- Lesiones subagudas y crónicas: Hiperqueratosis y acantosis. Histopatología de la DA:
 1. Fase aguda.
 2. Fase subaguda/crónica.

Las fases de evolución clínica de la enfermedad pueden verse autolimitadas en función de la respuesta inmune de la persona y de la terapéutica farmacológica aplicada en etapas tempranas (Velasquez, 2023).

Factores de riesgo

La causa exacta de la dermatitis atópica no está completamente clara, si bien hay un conjunto complejo que incluye factores genéticos y ambientales que pueden dar lugar a anomalías en la epidermis y el sistema inmunitario. Por lo que también se suele asociar a otras manifestaciones atópicas, como alergia alimentaria, rinitis alérgica y asma.

- Defectos en la barrera cutánea: Respecto al papel de la barrera cutánea en la aparición de la dermatitis atópica, la evidencia actual sugiere que se debe a un defecto primario de esta que facilita el desarrollo de otras afecciones atópicas. Estas anomalías de la barrera cutánea conducen a la pérdida de agua transepidérmica (el agua pasa desde el interior del cuerpo a través de la capa epidérmica de la piel a la atmósfera que nos rodea) y a una mayor penetración de alérgenos y microbios en la piel.

- Alteraciones genéticas: Incluyen pérdida de función y mutaciones de una proteína llamada filagrina. También se ha demostrado que existe una deficiencia en las moléculas de lípidos (ceramidas), así como en los péptidos antimicrobianos (catelicidinas), la primera línea de defensa contra muchos agentes infecciosos.
- Agentes infecciosos: El agente infeccioso más comúnmente involucrado en la dermatitis atópica es *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*).

Defectos en la respuesta inmunitaria: Las respuestas inmunitarias innatas defectuosas también parecen contribuir a un aumento de las infecciones bacterianas y virales en los pacientes con dermatitis atópica (Almirall, 2020).

Cuadro clínico

Los síntomas de la dermatitis atópica (eccema) pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo y varían considerablemente según la persona. Pueden incluir lo siguiente:

- Piel seca y agrietada.
- Picazón (prurito).
- Erupción en la piel hinchada que varía de color según el color de piel.
- Pequeñas protuberancias (en personas de piel morena o negra).
- Exudado y costras.
- Piel engrosada.
- Oscurecimiento de la piel alrededor de los ojos.
- Piel en carne viva y sensible por rascarse.

Por lo general, la dermatitis atópica comienza antes de los 5 años y puede continuar hasta la adolescencia y la edad adulta. Algunas personas presentan brotes que luego desaparecen por un tiempo, incluso por varios años (Anderson, 2022).

Clasificación de dermatitis atópica

En la Figura 32 se muestra que existen diversos tipos de dermatitis, y distintas formas de clasificarla. La clasificación más intuitiva las divide entre aquellas producidas por agentes externos (irritativas, de contacto) o por agentes internos (dermatitis atópica, seborreica). En la Figura 32 se representa la clasificación de dermatitis, teniendo en cuenta la etiología y fisiopatología de esta enfermedad. En primera instancia, tenemos:

a) Dermatitis por contacto: Como su nombre lo indica, esta afección se puede desencadenar por el contacto de la piel con algunos agentes, debido a que el sistema inmunológico reacciona de forma exagerada ante la presencia de diferentes sustancias como metales como níquel, plomo, cobalto y cromo, que pueden estar presentes en una variedad de productos de uso diario como cosméticos, maquillaje, productos para el cuidado del cabello, jabones y geles de baño, y productos para el cuidado de uñas. Otro de los factores puede incluir la hiedra venenosa o también conocido como roble, una planta de la cual se extraen fármacos como jarabes y pomadas que ayudan como tratamiento coadyuvante en el tratamiento de enfermedades del sistema respiratorio. El uso de productos de caucho como guantes de látex, que son usados de forma constante, puede desencadenar dermatitis en los adultos mayores debido al látex para el manejo diario del paciente en la nutrición, higiene y confort. Cabe destacar que el contacto directo con sustancias químicas



Figura 32. Clasificación de dermatitis en adultos mayores.

micas como productos de limpieza y la fricción excesiva, como en el lavado de manos clínico, puede desencadenar en el personal la presencia de dermatitis.

- b) Dermatitis seborreica:** Esta clase de dermatitis seborreica es más común en la piel. Esta puede presentar enrojecimiento, descamación de la piel y picazón. Entre los factores desencadenantes se encuentran la hiperactividad de las glándulas sebáceas, la proliferación de levaduras (*Malassezia*), factores genéticos con antecedentes familiares, factores ambientales como el clima (frío y seco), enfermedades neurológicas y trastornos del sistema inmunológico (Parkinson, VIH/SIDA) que pueden agravar mucho más su sintomatología.

c) Dermatitis perioral: Es una afección cutánea alrededor de la boca y puede extenderse a la nariz y en raras ocasiones a la región ocular. Entre sus factores desencadenantes se encuentran la pasta dental con fluoruro, infecciones fúngicas y bacterianas, factores hormonales como el consumo de anticonceptivos, clima y factores ambientales.

d) Dermatitis atópica: Es una afección crónica de la piel que se caracteriza por inflamación, picazón y sequedad de la piel. Entre sus principales desencadenantes se tienen factores ambientales como el clima, la respuesta inmunológica anormal, entre otros.

La piel experimenta cambios relacionados con el envejecimiento, lo que puede influir en la presentación y manejo de diversas formas de dermatitis. Del cuadro clínico, se debe abordar de manera integral el contexto de adultos mayores.

Cada uno de los trastornos de la piel posee su propio cuadro clínico y su propia asociación de rasgos clínicos. La presencia de prurito y lesiones eccematosas crónicas o recurrentes con morfología y distribución típicas en pacientes con antecedentes de atopia son esenciales para el diagnóstico (Escarrer & Guerra, 2019).

1. Dermatitis atópica (eccema):

- Características en adultos mayores: La dermatitis atópica en adultos mayores puede presentarse con piel extremadamente seca, enrojecimiento y picazón intensa. La piel puede volverse más delgada y propensa a la irritación. Las lesiones pueden ser más persistentes y complicadas de manejar debido a la fragilidad cutánea asociada con la edad.
- Consideraciones: Es crucial abordar la sequedad cutánea

mediante la aplicación regular de cremas hidratantes específicas para pieles sensibles. Además, se debe evitar el rascado excesivo para prevenir lesiones cutáneas.

2. *Dermatitis seborreica:*

- **Características en adultos mayores:** La dermatitis seborreica en adultos mayores puede manifestarse con escamas grasas en áreas como el cuero cabelludo, la cara o la parte superior del cuerpo. La piel envejecida puede ser más susceptible a la irritación, y las lesiones pueden ser más persistentes.
- **Consideraciones:** El uso de champús y cremas especializados puede ayudar a controlar los síntomas. Es fundamental la higiene adecuada para prevenir la acumulación de escamas y reducir la irritación.

3. *Dermatitis por contacto:*

- **Características en adultos mayores:** La dermatitis por contacto en adultos mayores puede deberse a la sensibilidad de la piel a sustancias como detergentes, productos de limpieza o metales. La piel envejecida puede tener una barrera cutánea más débil, aumentando la susceptibilidad a reacciones irritativas o alérgicas.
- **Consideraciones:** Identificar y evitar los irritantes o alérgenos responsables es esencial. Además, el uso de cremas barrera puede ayudar a proteger la piel contra sustancias irritantes.

4. *Dermatitis perioral:*

- **Características en adultos mayores:** La dermatitis perioral

en adultos mayores se manifiesta con erupciones enrojecidas alrededor de la boca y ocasionalmente los ojos. La piel envejecida puede ser más propensa a esta afección, y la presencia de otras afecciones cutáneas comunes en esta etapa de la vida puede complicar el diagnóstico.

- Consideraciones: El tratamiento puede implicar la suspensión de esteroides tópicos, que a veces son utilizados inadvertidamente. Se puede recomendar el uso de antimicrobianos tópicos y la identificación y evitación de posibles desencadenantes alimentarios.

En todos los casos, la atención médica adecuada y la colaboración con un dermatólogo son fundamentales para un diagnóstico preciso y un plan de tratamiento efectivo, teniendo en cuenta las particularidades de la piel en adultos mayores.

En la Figura 33 se muestra que la clasificación de la dermatitis es de vital importancia para conocer su etiología, cuadro clínico y tratamiento médico. Esto permite realizar un abordaje integral en el paciente mediante los cuidados de enfermería en trastornos de la piel de acuerdo a su localización y cuadro clínico. La atención integral en trastornos de la piel y su cuidado contribuye a la no complicación del estado patológico. La comunicación oportuna de signos y síntomas juega un papel fundamental en el tratamiento, dado que el personal de enfermería se encuentra en contacto directo con el paciente. La valoración oportuna mediante la inspección y la palpación, en donde se toman diversos criterios como temperatura, humedad, textura y turgencia, además de la escala de valoración de la piel Braden, la cual consta de los siguientes ítems: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro

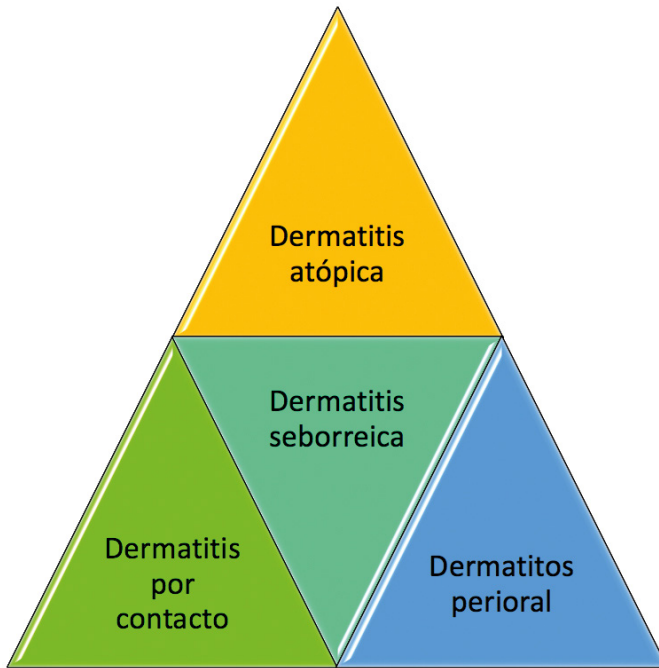


Figura 33. Clasificación de dermatitis.

de lesiones cutáneas. Una vez obtenida la información, la enfermera comunicará de forma oportuna al médico tratante y, de requerirse, al especialista (dermatólogo).

La dermatitis atópica no es solo una dermatosis pediátrica. Si bien suele comenzar casi siempre durante la pequeña infancia y a menudo antes de los dos años, no desaparece en todos los casos antes de la adolescencia y la edad adulta. Se estima que en torno al 10% de los pacientes sigue sufriendo manifestaciones durante la edad adulta. En algunos casos, sigue siendo un motivo de preocupación y puede plantear serios problemas.

La dermatitis atópica del adulto suele ser una dermatosis grave. Se trata de placas de eccema crónico, rojas, gruesas y liquenificadas, acompañadas en ocasiones de pápulas aisladas de prurigo. En este

contexto se producen brotes agudos, vesiculosos o exudativos. El prurito siempre es intenso e influye en el día a día del paciente, su estado de ánimo, sueño y actividades. Su ubicación es distinta a la de la dermatitis atópica infantil (Wallach, 2022).

La calidad de vida puede verse negativamente influenciada por varios factores en los pacientes con dermatitis atópica. Varias revisiones y estudios han demostrado que el síntoma más molesto para el paciente con dermatitis es el prurito, seguido de la sequedad excesiva, la descamación e inflamación, los trastornos del sueño y el aumento del dolor en la piel. Estos síntomas interfieren en el estilo de vida normal; los pacientes manifiestan evitar las interacciones sociales debido a su aspecto y que sus síntomas repercuten en la vida diaria como la ropa que usan, la tenencia de mascotas y la participación en deportes. La dermatitis atópica puede tener graves implicaciones en la situación socioeconómica de los pacientes afectados y de sus familias (Lawrence, 2023).

La enfermedad no tiene signos clínicos ni histopatológicos específicos. Se han propuesto criterios de diagnóstico de la afección: los pacientes deben presentar tres criterios mayores: prurito, distribución o morfología típica. Distintos autores han propuesto una alternativa de criterios más simple: el paciente debe tener prurito y tres o más de los siguientes signos: historia de compromiso flexural, historia de asma o fiebre de heno, historia de piel seca generalizada, comienzo de la erupción desde los dos años y compromiso flexural visible. La combinación de ambos criterios establece tres tipos de rasgos clínicos de mayor utilidad práctica y complementa las propuestas de ambos grupos. Según esta nueva modalidad, para hacer el diagnóstico clínico se requiere presentar el rasgo primario (prurito) y por lo menos dos elementos de los rasgos secundarios y tres de los criterios terciarios.

Las características clínicas y de laboratorio de la atopía cutánea pueden relacionarse con la patogenia de las lesiones y es así que se ha propuesto que ellas pueden agruparse en relación con los tres mecanismos capaces de producir las lesiones de la enfermedad. De este modo se facilita el manejo terapéutico, según sea el mecanismo predominante en la erupción existente en cada caso; de este modo se podrá reconocer una variante epidérmica, una neurogénica y una inmunológica.

Criterios de la evolución de dermatitis atópica

En la Figura 34, se evidencian los criterios como factores desencadenantes de esta patología:

1. Inicio temprano de la patología: Esta patología es propia de la infancia y, sin embargo, puede aparecer a lo largo de la vida. Los niños que pueden tener dermatitis por distintos factores son propensos a continuar con esta patología.
2. Periodo de aparición: Es el tiempo que tarda la patología en presentarse según el agente causal.
3. Factores de riesgo (genéticos y ambientales): Estos se encuentran presentes para el diagnóstico oportuno del paciente. Estos criterios contribuyen al diagnóstico de la clínica del paciente y

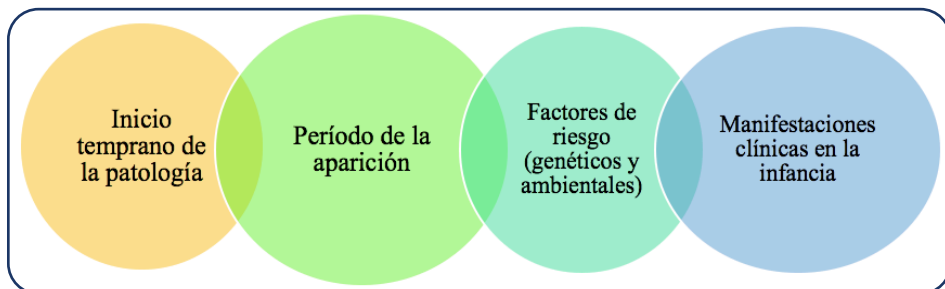


Figura 34. Criterios de dermatitis atópica.

su oportuno manejo del equipo multidisciplinario en el cuidado asistencial de la enfermera en el manejo de pacientes con dermatitis.

Evolución clínica de la dermatitis atópica

La dermatitis atópica se caracteriza por una inflamación crónica de la piel, y esta inflamación puede manifestarse como enrojecimiento. El cuadro clínico suele ser bien característico: el 70% de los pacientes tienen antecedentes familiares de asma, rinitis alérgica o dermatitis y sufren lo que se ha descrito como “prurito que hace erupción, más que una erupción pruriginosa”. La lesión original inicial es el prurito y, secundariamente, el rascado. Aparecen pápulas pequeñas, eritema y exudación, descamación y, finalmente, liquenificación, la cual marca el estadio más crónico y suele ser el dato más notable para que el diagnóstico se haga con completa confianza. Las lesiones se localizan en zonas muy específicas del cuerpo, que hacen a la DA típica y ordinariamente facilitan el diagnóstico.

Estas dependen de la edad del paciente: en la infancia (de los dos meses a los dos años) comprenden el cuero cabelludo, cara (especialmente mejillas), cuello y áreas diversas en otros lugares del cuerpo. Los niños entre los 4 y los 10 años de edad usualmente presentan las lesiones en los pliegues flexurales mayores, cara lateral de las piernas; las faciales suelen ser menos acentuadas. Los adolescentes y adultos muestran un marcado compromiso de los pliegues, especialmente antecubitales, poplíteos y el dorso del pie (Quesada, 2008).

Factores de riesgo de la dermatitis atópica:

- a. Genética: La predisposición genética juega un papel importante en el desarrollo de la dermatitis atópica. Los niños con antece-

dentes familiares de condiciones atópicas, como eczema, asma o rinitis alérgica, tienen un mayor riesgo.

- b. Factores ambientales: Exposición temprana a alérgenos, irritantes ambientales, cambios climáticos y otros factores pueden contribuir al inicio temprano de la dermatitis atópica.

Manifestaciones clínicas en la dermatitis atópica:

- a. Erupciones cutáneas: Presenta lesiones cutáneas características que incluyen enrojecimiento, inflamación, sequedad y picazón intensa.
- b. Localización común: En los adultos mayores, las erupciones tienden a localizarse en áreas como la cara, el cuero cabelludo, las mejillas, las manos y las piernas.
- c. Curso variable: El curso de la dermatitis atópica puede ser variable, con episodios de exacerbación y periodos de mejoría.

Caracterización de dermatitis atópica

Eritema o palidez facial

En la dermatitis atópica, el eritema (enrojecimiento) facial es una manifestación común, especialmente en áreas como las mejillas y alrededor de los ojos. La palidez facial no es una característica típica de la dermatitis atópica; más bien, el enrojecimiento es una respuesta inflamatoria asociada con esta enfermedad de la piel (Rounger, 2023).

- Localización: El eritema facial en la dermatitis atópica suele afectar áreas específicas como las mejillas, la frente y alrededor de los ojos. La intensidad del enrojecimiento puede variar, desde un tono rosado leve hasta un enrojecimiento más intenso,

especialmente durante los brotes agudos. El rostro es una de las partes del cuerpo más expuestas al viento, a variaciones climáticas, temperatura, entre otras.

La dermatitis atópica del rostro está causada por una disfunción de la barrera cutánea que provoca sequedad e inflamación. Esta afectación es más común en la infancia, pero puede persistir en la edad adulta (Ambonati, 2024).

Manejo del eritema facial

El tratamiento del eritema facial se debe valorar si se trata en las primeras etapas es más controlable, al suprimir las causas y ayudarse con cremas o ungüentos corticosteroides y antihistamínicos orales.

Cuidados generales

- Cuidado de la piel: El uso regular de cremas hidratantes y emolientes puede ayudar a mantener la piel bien hidratada, reduciendo el enrojecimiento.
- Evitar irritantes: Evitar el uso de productos que puedan irritar la piel, como aquellos con fragancias o ingredientes agresivos.
- Tratamiento médico: En casos de brotes más severos, se pueden utilizar tratamientos tópicos con corticosteroides bajo la supervisión de un profesional de la salud (Quesada, 2008).

Diferenciación con otras afecciones

Cabe resaltar que es importante diferenciar el eritema facial en la dermatitis atópica de otras afecciones cutáneas que pueden presentar síntomas similares, como el eritema asociado con el lupus o la rosácea. La valoración inicial de los pacientes es fundamental en el tratamiento y diagnóstico oportuno en el manejo inicial.

Tabla 6. Cuidados de enfermería en pacientes con eritema facial

Actividad	Fundamento
Hidratación	La hidratación regular de la piel es fundamental para adultos mayores con dermatitis atópica. Se deben utilizar cremas emolientes y humectantes para mantener la piel bien hidratada.
Prevención de Irritantes	Se debe evitar el contacto con productos irritantes, como jabones fuertes o detergentes agresivos, que podrían exacerbar el eritema.
Adaptación a la Piel Envejecida	La elección de productos de cuidado de la piel y el enfoque en el manejo deben adaptarse a las características de la piel envejecida.

La dermatitis atópica es una enfermedad crónica de la piel que puede manifestarse de manera variable en diferentes individuos. El tratamiento y el manejo del eritema facial en la dermatitis atópica pueden ser parte de un enfoque integral que incluya cuidados de la piel, identificación y evitación de desencadenantes, y tratamiento médico según sea necesario.

El diagnóstico inicial de esta patología es fundamental dado que por la clínica que se presenta en el paciente se puede confundir con patologías como acné, rosácea, síndrome de Melkersson-Rosenthal, erisipelas, entre otras (Yuste, 2004).

Tratamiento médico

Las medidas generales encaminadas a eliminar factores irritantes

sobre la piel incluyen evitar ropa de lana o fibras sintéticas, prefiriendo las prendas de algodón que deben lavarse con jabón de pasta, evitando detergentes, suavizantes o cloro. Se recomienda un baño rápido, con agua tibia, evitando el contacto de jabón en las áreas afectadas y la fricción de la piel, y mantenerse en climas templados evitando la sudoración excesiva. En la Figura 35 se puede evidenciar el uso moderado de corticosteroides tópicos. Se pueden usar corticosteroides tópicos de baja potencia bajo supervisión médica para controlar la inflamación y el eritema. Sin embargo, se debe tener precaución debido a la posible fragilidad de la piel en adultos mayores.

- Tratamiento individualizado: El plan de tratamiento debe ser individualizado, teniendo en cuenta la salud general del paciente y posibles interacciones con otros medicamentos, además de determinar e identificar los desencadenantes de esta patología (Mena & Valencia, 2020).

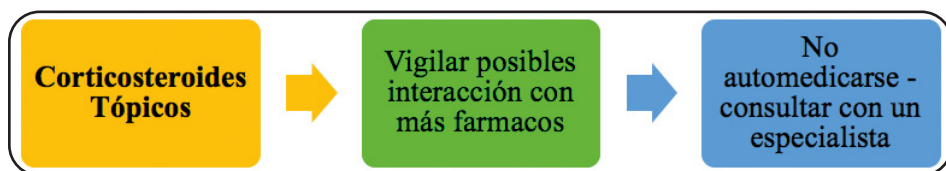


Figura 35. Tratamiento Médico

Dermatitis palpebral en dermatitis atópica

Al igual que el eczema en cualquier otra parte del cuerpo, los síntomas de los párpados pueden desencadenarse por ansiedad, estrés y otros factores dentro y fuera de su control.

Las ojeras no son una característica típica de la dermatitis atópica en sí misma, pero en algunos casos, los adultos mayores con dermatitis atópica pueden presentar ciertos cambios en la piel alrededor de

los ojos que podrían parecerse a las ojeras. Estos cambios pueden estar relacionados con la inflamación y la irritación de la piel causada por la dermatitis atópica.

Signos y síntomas

- Inflamación y oscurecimiento de la piel: Puede afectar la piel alrededor de los ojos, dando lugar a un aspecto oscuro o enrojecido.
- Picazón y rascado: La picazón intensa, que es común en la dermatitis atópica, puede llevar a rascarse la piel alrededor de los ojos. Este rascado repetido puede causar irritación y enrojecimiento, contribuyendo a la apariencia de ojeras.
- Sequedad cutánea: Otra característica de la dermatitis atópica, puede afectar la piel del contorno de los ojos, haciendo que se vea más fina y contribuyendo a la apariencia de ojeras.
- Párpados edematizados.
- Dolor alrededor de los ojos (Sprabary, 2020).

Es importante señalar que las ojeras pueden tener múltiples causas, y la dermatitis atópica puede ser solo una de las posibles contribuyentes. Además, factores como la genética, la falta de sueño, la edad y otros problemas de salud también pueden influir en la aparición de ojeras. Un enfoque individualizado y la evaluación por parte de profesionales de la salud son clave para determinar la causa específica y abordar adecuadamente las alteraciones cutáneas en adultos mayores con dermatitis atópica.

Cuidados específicos para dermatitis palpebral

La dermatitis facial generalizada debe hacer que se consideren los contactantes en el aire, los limpiadores faciales, las bases de maquillaje y los humectantes y medicamentos que se aplican de forma confluyente. Una vez que se han realizado las pruebas de parche adecuadas, existe una serie de recursos extremadamente útiles para ayudar a los pacientes a encontrar productos que sean seguros de usar, como la aplicación “Programa de manejo de alérgenos de contacto” de la Sociedad Estadounidense de Dermatitis de Contacto.

En particular, los párpados se ven afectados con frecuencia, y las fuentes comunes incluyen champú, acondicionador, limpiadores faciales, desmaquillantes, rímel, esmalte de uñas, uñas acrílicas, esponjas de maquillaje, rizadores de pestañas y alérgenos transferidos desde las manos (Zirwas, 2019).

Pliegues infraorbitarios de Dennie-Morgan

Son una característica física asociada con la dermatitis atópica. Estos pliegues son líneas o arrugas adicionales que se desarrollan debajo de los ojos, específicamente en el área infraorbitaria. Son unas arrugas más o menos acentuadas que aparecen debajo de los párpados inferiores durante los primeros meses de la vida y pueden deberse a un edema del párpado. Aunque es un marcador de atopía más que de dermatitis atópica, puede ser un signo útil para el diagnóstico de esta enfermedad en los individuos de raza blanca. Sin embargo, en los sujetos de raza negra, los pliegues infraorbitales son muy frecuentes y no guardan una relación con la dermatitis atópica. Estos pliegues permanecen durante toda la vida, pero se hacen menos evidentes con la edad (Outdate, 2021).

Estos pliegues son líneas adicionales de la piel que aparecen debajo de los ojos, generalmente en el área justo debajo de las bolsas oculares. Tienen una apariencia arrugada o plegada y pueden ser más notables cuando la piel está inflamada o irritada.

Asociación con dermatitis atópica

Los pliegues infraorbitarios de Dennie-Morgan se consideran un signo clínico asociado con la dermatitis atópica. Se cree que estos pliegues son el resultado de la inflamación crónica y la irritación de la piel característica de la dermatitis atópica. Los pliegues infraorbitarios de Dennie-Morgan pueden estar asociados con otras manifestaciones cutáneas de la dermatitis atópica, como enrojecimiento, picazón y sequedad alrededor de los ojos. La relación exacta entre estos pliegues y la dermatitis atópica no se comprende completamente, pero se sugiere que pueden ser indicativos de la predisposición genética y la respuesta inflamatoria.

Representan los signos de sospecha de la dermatitis atópica, tales como piel seca, pequeñas fisuraciones en el pliegue del lóbulo de la oreja, de los dedos de manos y pies, enrojecimiento y descamación del dorso de los dedos de los pies o las boqueras. Con frecuencia, se observa hiperlinealidad palmar, alopecia en la cola de las cejas, pitiriasis alba y lengua geográfica. Los rasgos que definen la cara atópica

Los pliegues infraorbitarios de Denny-Morgan son una característica física asociada con la dermatitis atópica y su presencia puede indicar la actividad de esta afección cutánea en los ancianos. La atención especializada brindada por un dermatólogo es fundamental para tratar adecuadamente la dermatitis atópica y sus manifestaciones cutáneas específicas.

son: el pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan, las ojeras oscuras y la palidez facial (Ridao, 2012).

Cuidado específico de la piel

El cuidado de la piel alrededor de los ojos es crucial para minimizar la irritación y la inflamación. Se recomienda el uso de cremas hidratantes específicas para pieles sensibles y evitar productos que puedan contener ingredientes irritantes causantes de la reacción alérgica. Si se observan pliegues infraorbitarios de Dennie-Morgan u otras manifestaciones cutáneas alrededor de los ojos, buscar una evaluación de un dermatólogo puede proporcionar un diagnóstico preciso, evaluar la gravedad de las respuestas de la dermatitis atópica y recomendar planes de tratamiento individualizados y eliminar la causa que desencadena la reacción alérgica (ver Figura 36), en la cual se describe el proceso de cuidado de la piel alrededor de los ojos.

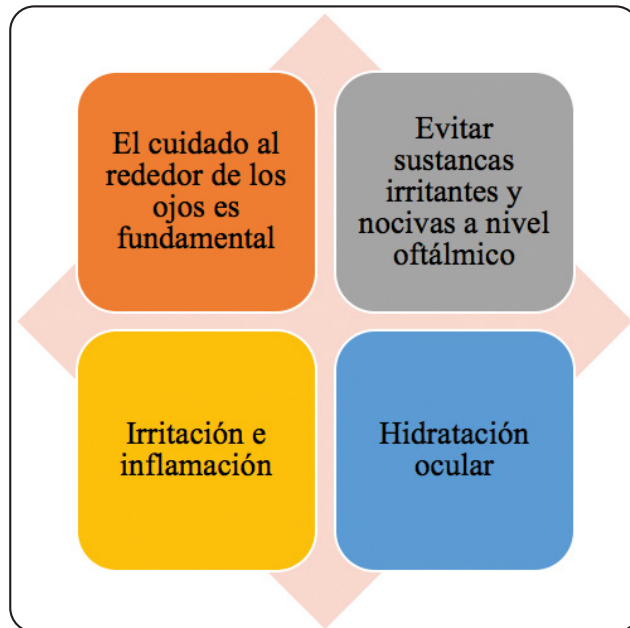


Figura 36. Cuidados en la piel alrededor de los ojos

Como se muestra en la Figura 37, las expresiones clínicas observadas en individuos con acentuación perifolicular pueden manifestarse a través de señales distintivas como el enrojecimiento y la inflamación. La hinchazón de los folículos pilosos es un fenómeno común que, cuando se presenta de manera conjunta, puede conducir al diagnóstico de acentuación perifolicular.



Figura 37. Manifestaciones cutáneas

Acentuación perifolicular

Se refiere a la inflamación o enrojecimiento que rodea los folículos pilosos en la piel. En el contexto de la dermatitis atópica, la acentuación perifolicular puede ser una manifestación cutánea observada en las áreas afectadas por esta enfermedad, además de ser considerada como criterio de atopia de conformado los criterios menores de diagnóstico en la dermatitis atópica. En la dermatitis atópica, la acentuación perifolicular se manifiesta como enrojecimiento o inflamación alrededor de los folículos pilosos. Puede observarse como pequeñas protuberancias o pápulas rojas que rodean los pelos en la piel afectada (Beatriz et al., 2016).

Cuadro clínico

La comezón es un síntoma común de la dermatitis atópica, y la

acentuación perifolicular puede ser el resultado del rascado persistente. El rascado continuo puede irritar la piel alrededor de los folículos pilosos, lo que lleva a la acentuación perifolicular. Esta acentuación puede observarse en varias áreas del cuerpo, dependiendo de la extensión de la dermatitis atópica, como los codos, rodillas y otras partes del cuerpo. El cuidado de la acentuación perifolicular en la dermatitis atópica implica un cuidado especial de la piel, incluyendo el uso de cremas hidratantes específicas para pieles sensibles y evitar productos que puedan irritar la piel, correspondiente a las manifestaciones cutáneas de acentuación perifolicular.

Tratamiento médico

En casos más severos, el tratamiento médico puede incluir la aplicación de corticosteroides tópicos bajo la supervisión de un profesional de la salud. La identificación y la gestión de factores desencadenantes, así como el control de la inflamación general de la dermatitis atópica, también son parte del tratamiento. Consulta con un dermatólogo: Ante la presencia de acentuación perifolicular u otras manifestaciones cutáneas de la dermatitis atópica, se recomienda buscar la evaluación de un dermatólogo para un diagnóstico preciso y un plan de tratamiento adecuado.

La acentuación perifolicular es una característica cutánea asociada con la dermatitis atópica, y su presencia puede indicar la inflamación y la actividad de esta enfermedad en la piel. El tratamiento y el cuidado de la piel deben abordarse de manera integral, con la colaboración de profesionales de la salud, para proporcionar un manejo efectivo de la dermatitis atópica y sus manifestaciones específicas.

Envejecimiento cutáneo

La piel es un órgano multifuncional vital que protege del medio ambiente, ayuda a la regulación de la temperatura corporal, mantiene el balance de líquidos y electrolitos, y proporciona los receptores necesarios para las sensaciones como el tacto, dolor y presión. A medida que envejecemos, la piel sufre diversos cambios que pueden comprometer estas funciones.

Los cambios en la piel están influenciados por factores ambientales, la constitución genética, la nutrición y otros factores de estilo de vida, pero el factor más determinante es la exposición al sol. La luz ultravioleta (UV) es el principal agente externo que contribuye al envejecimiento de la piel, causando daños a nivel celular que aceleran el proceso de envejecimiento cutáneo.

La piel envejecida es más propensa a la sequedad, la pérdida de elasticidad y la aparición de arrugas y manchas. Estos cambios no solo afectan la apariencia, sino que también pueden comprometer la función protectora de la piel. En adultos mayores con dermatitis atópica, esta condición puede acentuar estos cambios, llevando a una mayor sequedad y una mayor sensibilidad cutánea. La picazón persistente, un síntoma común de la dermatitis atópica, puede provocar rascado continuo, lo que irrita la piel alrededor de los folículos pilosos y lleva a la acentuación perifolicular.

La acentuación perifolicular se manifiesta como pequeñas protuberancias alrededor de los folículos pilosos y puede presentarse en diversas áreas del cuerpo, dependiendo de la extensión de la dermatitis atópica. Comúnmente afecta áreas como los codos, rodillas, cuello, y cualquier otra región donde se presente la condición (Instituto de Medicina, 2024).

Como se muestra en la Tabla 7, los cuidados de la piel en los adultos mayores juegan un papel crucial en la prevención y tratamiento de estos síntomas. Es esencial priorizar la salud de la piel mediante una adecuada hidratación, protección solar y el uso de productos que refuercen la barrera cutánea. La implementación de una rutina de cuidado de la piel adecuada puede ayudar a mitigar los efectos del envejecimiento cutáneo y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Tabla 7. Cuidados de la Piel Específicos para Adultos Mayores con envejecimiento cutáneo

Actividad	Fundamento
<p>Cuidado especial de la piel</p> <p>Hidratación de la piel</p> <p>Prevención de rascado involuntario</p>	<p>El mantenimiento integral de la piel juega un papel crucial en la preservación de la salud óptima de los adultos mayores, dado que la integridad de este extenso órgano es vital. La prevención de acciones involuntarias como el rascado desempeña un papel significativo en la gestión de complicaciones en el cuadro clínico, destacando así la importancia de cuidados especializados para promover el bienestar dermatológico en esta etapa de la vida.</p>

Queratosis pilar

La queratosis pilar se define como una condición dermatológica que se manifiesta a través de pequeñas protuberancias rugosas en la piel, típicamente localizadas en áreas como los brazos, muslos, glúteos y mejillas, cuya apariencia se asemeja a la piel de gallina. Aunque la queratosis pilar y la dermatitis atópica representan dos afecciones cutáneas distintas, es posible que coexistan o se presenten de manera

simultánea en un mismo individuo (ver Figura 38), referente a la queratosis pilar (Chiriboga, 2021).

La presencia de queratosis pilar no es una manifestación común de la dermatitis atópica como se muestra en la Figura 38, aunque existen situaciones en las que ambas condiciones pueden estar presentes simultáneamente. La propensión a la sequedad cutánea y la susceptibilidad a la irritación asociadas a la dermatitis atópica pueden exacerbar los síntomas de la queratosis pilar.

Similitudes y diferencias

Ambas condiciones pueden afectar la piel, pero la queratosis pilar se distingue por la acumulación de queratina alrededor de los folículos pilosos, mientras que la dermatitis atópica se caracteriza por la inflamación y la sequedad de la piel.

Cuidado de la piel

1. Las personas con dermatitis atópica y queratosis pilar deben prestar especial atención al cuidado de la piel.
2. Se recomienda el uso de cremas hidratantes emolientes para mantener la piel bien hidratada y evitar productos que puedan irritar la piel.

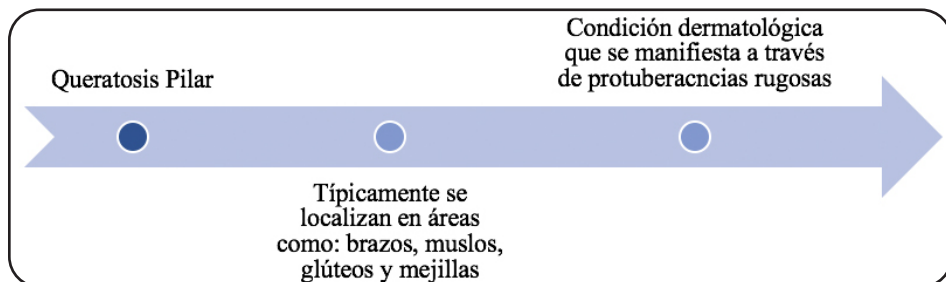


Figura 38. Queratosis pilar

Tratamiento específico

Las estrategias terapéuticas dirigidas a la queratosis pilar abarcan prácticas como la exfoliación suave, la aplicación de cremas con ácido láctico o ácido glicólico, junto con una hidratación regular. Por otro lado, en el tratamiento de la dermatitis atópica, se pueden emplear enfoques tópicos que incluyan cremas con corticosteroides, emolientes y medicamentos antiinflamatorios, adaptados a la gravedad particular de la condición.

Cremas con corticosteroides

Las cremas con corticosteroides son productos tópicos que contienen medicamentos corticosteroides, los cuales tienen propiedades antiinflamatorias. Estas cremas se utilizan comúnmente en el tratamiento de diversas condiciones de la piel, incluyendo la dermatitis atópica, para reducir la inflamación, aliviar el enrojecimiento y el malestar asociado con estas afecciones cutáneas. Es importante destacar que el uso de cremas con corticosteroides debe ser supervisado por un profesional de la salud, ya que su uso prolongado o inapropiado puede tener efectos secundarios.

Los cuidados de enfermería en la administración de medicación son fundamentales. Es esencial seguir el apego terapéutico en el uso de este corticoide, cuyo metabolismo juega un papel fundamental en el hígado a través de la enzima 11-beta-hidroxiesteroide deshidrogenasa tipo 1 (11- β -HSD1), que convierte la cortisona (forma inactiva) en hidrocortisona (forma activa). Se debe evaluar el riesgo-beneficio que representa para el paciente su administración (ver Tablas 8 a 11).

Dentro de los efectos adversos en su administración, la enfermera debe estar pendiente de los eventos centinela y reacciones adversas

atribuibles a tratamientos de larga duración, como la leucocitosis, aumento de la presión intracraneal en la población pediátrica, en pacientes con epilepsia puede agravar su cuadro clínico, además de provocar glaucoma y cataratas subcapsulares posteriores.

Hiperlinealidad palmar

En el contexto de la dermatitis atópica, la hiperlinealidad palmar se refiere a un patrón de líneas más pronunciado de lo normal en las palmas de las manos. Este fenómeno puede ser un signo asociado con la dermatitis atópica, pero no es exclusivo de esta afección y puede ocurrir en otras condiciones dermatológicas o simplemente como una variante normal en algunas personas. La hiperlinealidad palmar a menudo se observa en combinación con otros síntomas de dermatitis atópica, como piel seca, picazón, enrojecimiento y descamación. Si sospechas que puedes tener dermatitis atópica o cualquier problema de la piel, se recomienda consultar a un dermatólogo para obtener un diagnóstico preciso y un plan de tratamiento adecuado. Las infecciones de la piel dañada no son infrecuentes, principalmente por bacterias que están de forma habitual en la piel (como el *Staphylococcus aureus*). La hiperlinealidad palmar (aumento de las líneas de la piel) es una característica típica de la dermatitis atópica (Asociación de Afectados por Dermatitis Atópica, 2023).

Pitiriasis alba

La pitiriasis alba es una condición cutánea asociada con la dermatitis atópica, especialmente en niños. Se manifiesta como áreas claras o descoloridas en la piel, generalmente en la cara. Aunque la pitiriasis alba puede afectar a personas sin dermatitis atópica, es más frecuente en aquellos que tienen esta condición. Las características de la pitiriasis alba incluyen:

- **Manchas claras:** Las áreas afectadas suelen tener una apariencia más clara que la piel circundante y pueden ser blancas, rosadas o más pálidas (Cortés et al., 2023).

Prurito con la sudoración

El prurito es el síntoma más frecuente asociado a enfermedades dermatológicas y sistémicas. Su diagnóstico es clínico, aunque en ocasiones será necesario realizar pruebas complementarias para identificar o confirmar el origen.

La medicina traslacional ha permitido descubrir nuevos mediadores pruritógenos y nuevos receptores. Saber reconocer adecuadamente la principal vía por la que media el prurito en cada paciente será clave para el éxito terapéutico.

La vía histaminérgica predomina en enfermedades como la urticaria o las reacciones a fármacos, mientras que la vía no histaminérgica predomina prácticamente en la mayoría de las otras dermatosis incluidas en esta revisión. La clasificación del prurito, las pruebas complementarias, la fisiopatología y los pruritógenos implicados, incluyendo citoquinas y otras moléculas, así como la sensibilización central al prurito.

El prurito o picazón es uno de los síntomas más comunes de la dermatitis atópica. En muchos casos, el prurito puede intensificarse con la sudoración. La relación entre la sudoración y el prurito en la dermatitis atópica puede deberse a varios factores: el sudor puede contener componentes que irritan la piel, y las personas con dermatitis atópica tienen una barrera cutánea comprometida. Esto significa que la piel es más propensa a irritarse y a reaccionar de manera exagerada a factores externos, como el sudor (Navarro, 2023).

Tabla 8. Tratamiento farmacológico prospecto de Hidrocortisona

Hidrocortisona	
Nombre Genérico	Hidrocortisona
Nombre Comercial	Lanacort – Cortaid
Presentación y dilución	<ul style="list-style-type: none"> • Crema y Ungüento Tópico: La hidrocortisona está disponible en forma de crema o ungüento para aplicaciones tópicas en la piel. Las concentraciones varían y pueden ser desde 0.5% hasta concentraciones más altas, dependiendo de la gravedad de la afección cutánea. • Loción y Solución: Además de las cremas y ungüentos, la hidrocortisona también se puede encontrar en forma de loción o solución, proporcionando opciones adicionales para la aplicación tópica. • Inyección Intravenosa o Intramuscular: En algunos casos, especialmente en situaciones médicas más críticas, la hidrocortisona también se presenta en forma de inyección para administración intravenosa o intramuscular. Esta presentación es diferente de las formas tópicas y se utiliza en situaciones que requieren una respuesta rápida o cuando la administración oral no es factible.
Grupo	Corticoide
Mecanismo de acción	Corticoide no fluorado de corta duración de acción y con actividad mineralocorticoide de grado medio.
Vía de administración	Tópica – IM – IV
Dosis	La dosis de hidrocortisona puede variar según la forma de administración (tópica, oral, intravenosa, intramuscular) y la condición médica específica para la cual se prescribe. Es fundamental seguir las indicaciones precisas de un profesional de la salud y no ajustar la dosis por cuenta propia.

Indicaciones	<ul style="list-style-type: none">• Terapia de reemplazo en insuficiencia adrenocortical 1 aria o 2 aria.• Hiperplasia adrenal congénita.• Artritis reumatoide, juvenil y psoriásica• Espondilitis anquilosante• Polimialgia reumática• Fiebre reumática aguda• Lupus eritematoso sistémico• Dermatomiositis grave• Periarteritis nudosa• Arteritis craneal• Hipersensibilidad• Úlcera péptica• Tuberculosis activa• Herpes simplex ocular• Herpes zoster
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none">• Varicela, infecciones micóticas sistémicas y en período pre y postvacunal.• Inestabilidad emocional o tendencias psicóticas• Glaucoma de ángulo cerrado o abierto• Queratitis herpética• Linfadenopatía consecutiva a BCG• Infección por amebas• Poliomiелitis• En tto. prolongado, parenteral: leucitosis• Aumento presión intracraneal con papiledema en niños
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none">• Agravamiento de epilepsia• Aumento de Presión Intra Ocular• Glaucoma• Papiledema• Cataratas subcapsulares posteriores
Metabolismo	<p>En el hígado, la hidrocortisona se metaboliza principalmente mediante la enzima 11-beta-hidroxesteroide deshidrogenasa tipo 1 (11-β-HSD1), que convierte la cortisona (forma inactiva) en hidrocortisona (forma activa).</p>

Cuidado de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar y valorar los exámenes de laboratorio según prescripción médica • Verificar estado cognitivo conceptual • Administre con cuidado en personas con epilepsia • Cuidado ocular en busca de signos y síntomas de reacciones adversas.
------------------------------	--

Tabla 9. Tratamiento farmacológico prospecto de Betametasona

Betametasona	
Nombre Genérico	Betametasona
Nombre Comercial	Betametasona Sonphar
Presentación	0,5 mg/ml Gotas orales en solución EFG Betametasona
Grupo	Corticosteroides.
Mecanismo de acción	Su mecanismo de acción se basa en su capacidad para unirse a los receptores de glucocorticoides presentes en el interior de las células, formando un complejo receptor-esteroide. Este complejo luego se transloca al núcleo celular, donde regula la transcripción de genes específicos.
Vía de administración	<p>Betametasona Sonphar 0,5 mg/ml Gotas orales. Betametasona Sonphar 0,5 mg/ml Gotas orales en solución EFG Betametasona</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vía oral • Añadir las gotas a una pequeña cantidad de agua. • La dosis diaria puede administrarse en una toma única, preferentemente por la mañana durante una comida, al final de la misma. Durante el curso de un tratamiento prolongado y a dosis elevadas, se pueden repartir las primeras dosis en dos tomas diarias.
Dosis	<ul style="list-style-type: none"> • Duración del tratamiento • El médico decidirá la duración del tratamiento. • En caso de tratamientos prolongados, no interrumpa bruscamente el tratamiento y siga las indicaciones de su médico para disminuir la dosis.

Dosis	<ul style="list-style-type: none">• Retirada del tratamiento• El ritmo de retirada depende principalmente de la duración del tratamiento, de la dosis inicial y de la enfermedad.
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none">• Antiinflamatorio• Inmunosupresor• Antialérgico
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none">• Embarazo y lactancia• Si está embarazada o en periodo de lactancia, cree que podría estar embarazada o tiene intención de quedarse embarazada, consulte a su médico o farmacéutico antes de utilizar este medicamento.• Deportistas• Este medicamento contiene un principio activo que puede inducir una reacción positiva en las pruebas realizadas durante los controles antidopaje.
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none">• Retención de líquidos (edema), hinchazón y enrojecimiento de la cara• Aumento del apetito, aumento de peso• Riesgo de insuficiencia de secreción de la glándula suprarrenal• Riesgo aumentado de arteriosclerosis (estrechamiento y endurecimiento de las arterias) y trombosis (formación de coágulos en la sangre), vasculitis, fragilidad capilar.
Cuidado de enfermería	<ul style="list-style-type: none">• Evaluación del paciente su estado hemodinámico• Dosificación y vía de administración según prescripción médica.• Durante la administración de betametasona, es esencial realizar una monitorización continua del paciente. Esto incluye la observación de signos vitales, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la frecuencia respiratoria.

Cuidado de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Los corticosteroides, incluida la betametasona, pueden afectar el metabolismo de la glucosa, pudiendo provocar hiperglucemia. En pacientes diabéticos, se debe realizar un control más frecuente de los niveles de glucosa y ajustar la terapia anti-diabética según sea necesario. • Los corticosteroides pueden tener efectos inmunosupresores, aumentando el riesgo de infecciones. Se deben tomar medidas para prevenir infecciones, como el lavado de manos adecuado, la limpieza de los sitios de inyección y la observación de signos de infección.
------------------------------	---

Tabla 10. Tratamiento farmacológico prospecto de Clobetasol

Clobetasol	
Nombre Genérico	Clobetasol
Nombre Comercial	DECLOBÁN
Presentación y dilución	500 microgramos/g pomada
Grupo	Corticoide
Mecanismo de acción	Antibiótico bactericida, de acción prolongada para uso parenteral, y que posee un amplio espectro de actividad contra organismos grampositivos y gramnegativos como: <i>S. pneumoniae</i> , <i>S. betahaemolyticus</i> , <i>E. coli</i> , <i>P. mirabilis</i> , <i>K. pneumoniae</i> , <i>Enterobacter</i> , <i>Serratia</i> , <i>Pseudomonas</i>
Vía de administración	IV, IM
Dosis	Adulto: 1-2g unidosis/2 dosis diarias Niños: <12 años 50-75 mg/kg, max 2g día
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Si es alérgico al propionato de clobetasol, a otros corticosteroides o a alguno de los demás • Componentes de este medicamento (incluidos en la sección 6).

Indicaciones	<ul style="list-style-type: none">• Si tiene rosácea (enfermedad crónica de la piel de la nariz o sus alrededores que cursa con enrojecimiento), acné, dermatitis (inflamación de la piel) alrededor de la boca.• Si padece prurito (picazón) en la zona perianal o en la zona genital.• Si padece una infección de la piel producida por bacterias (por ejemplo impétigo), hongos (por ejemplo: candidiasis, tiña) o virus (herpes simple, varicela).• En caso de dermatosis en niños menores de 1 año, incluyendo dermatitis (inflamación de la piel).• Erupciones provocadas por el pañal.• Hipersensibilidad o alergia conocida• Infecciones cutáneas virales, bacterianas o fúngicas no controladas
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none">• No se debe aplicar clobetasol en áreas de la piel que estén ulceradas o abiertas, ya que puede haber una absorción excesiva del medicamento. <p>Infecciones cutáneas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hiperpigmentación o hipopigmentación• Dermatitis de contacto• Glaucoma y cataratas (si se aplica cerca de los ojos)
Efectos adversos	
Metabolismo	<p>El clobetasol se metaboliza principalmente en el hígado. Durante el proceso de metabolismo, el fármaco experimenta diversas transformaciones químicas que dan como resultado metabolitos más hidrosolubles y menos activos. Estos metabolitos son más propensos a ser excretados por los riñones, facilitando la eliminación del clobetasol del cuerpo.</p>
Cuidado de enfermería	<ul style="list-style-type: none">• Antes de administrar clobetasol, realice una evaluación completa del paciente. Obtenga información sobre la historia clínica, alergias a medicamentos, y revise el estado actual de la piel.

Cuidado de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcione educación al paciente sobre el uso adecuado del clobetasol. Explique la cantidad correcta a aplicar, la frecuencia de aplicación y la duración del tratamiento. Asegúrese de que el paciente comprenda la importancia de seguir las indicaciones médicas y de no exceder las dosis prescritas. • Antes y después de la aplicación del clobetasol, tanto el paciente como el personal de enfermería deben lavarse las manos minuciosamente para prevenir la propagación de la medicación y reducir el riesgo de infecciones. • Eduque al paciente sobre los posibles efectos secundarios del clobetasol, incluyendo la importancia de informar cualquier reacción inusual o exacerbación de los síntomas.
------------------------------	--

Tabla 11. Tratamiento farmacológico prospecto de Triamcinolona

Triamcinolona	
Nombre Genérico	Triamcinolona
Nombre Comercial	Triamcinolona (H02AB08)
Presentación y dilución	Intramuscular: Adolescentes mayores: dosis inicial recomendada de 60 mg (intervalo de 20 a 80 mg, que es la dosis máxima diaria), en inyección profunda en el músculo glúteo
Grupo	Corticoides
Mecanismo de acción	La triamcinolona es un corticosteroide que se utiliza para reducir la inflamación y tratar diversas afecciones médicas, incluyendo trastornos dermatológicos y enfermedades autoinmunitarias. El metabolismo de la triamcinolona generalmente ocurre en el hígado.
Vía de administración	Vía intramuscular o intraarticular tiene un efecto de larga duración que puede ser sostenido durante varias semanas.

Indicaciones	<p>Eritema multiforme severo, dermatitis (exfoliativa, vesiculosa herpetiforme, seborreica grave), psoriasis grave.</p> <p>Asma bronquial, dermatitis (de contacto, atópica), rinitis alérgica.</p>
Contraindicaciones	<p>Infecciones sistémicas, púrpura trombocitopénica idiopática (ITP), hipersensibilidad.</p>
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none">• Infección• Cefalea• Cataratas• Reacción en el lugar de infección
Metabolismo	<p>Durante el proceso de metabolismo, la triamcinolona experimenta diversas transformaciones químicas que pueden incluir la conjugación con ácido glucurónico para formar metabolitos más hidrosolubles y facilitar su excreción por los riñones. Estos metabolitos inactivos son más fáciles de eliminar del cuerpo que la forma original de triamcinolona.</p> <ul style="list-style-type: none">• Antes de administrar triamcinolona, realice una evaluación completa del paciente. Obtenga información sobre la historia clínica, alergias a medicamentos, y revise el estado actual del paciente.• Proporcione educación al paciente sobre el propósito del tratamiento con triamcinolona, la dosis prescrita, la duración del tratamiento y cualquier efecto secundario esperado.
Cuidado de enfermería	<ul style="list-style-type: none">• Utilice técnicas asépticas para la administración de triamcinolona. Si se administra por vía intramuscular o intraarticular, asegúrese de seguir las mejores prácticas para minimizar el riesgo de infecciones y lesiones en el sitio de la inyección.• Esté atento a posibles efectos secundarios, como aumento de peso, retención de líquidos, hipertensión, cambios en el estado de ánimo y supresión adrenal. Informe al médico sobre cualquier efecto secundario observado.

Aunque la queratosis pilar y la dermatitis atópica son dos condiciones diferentes, pueden aparecer juntas en una misma persona. El manejo integral, que considera las necesidades específicas de cada condición, es fundamental para brindar un cuidado efectivo de la piel y mejorar la calidad de vida de la persona afectada.

Queilitis

La queilitis es la inflamación de los labios y puede ocurrir en diversas condiciones dermatológicas, incluida la dermatitis atópica. En la dermatitis atópica, los labios son una de las áreas afectadas debido a la sensibilidad de la piel en esta zona. Los síntomas de la queilitis en dermatitis atópica pueden incluir:

- **Labios secos:** La piel de los labios puede volverse seca y escamosa. Puede ser causada por diversos factores externos, como las temperaturas bajas, el sol o los alérgenos de los labiales.
- **Irritación y enrojecimiento:** Los labios se vuelven secos, irritados y agrietados.

Para prevenir la queilitis, se recomienda el uso de productos protectores para los labios. Para los labios microagrietados, es útil utilizar un cosmético para labios protector, calmante y nutritivo (La Roche-Posay, 2023).

Intolerancia a los solventes y a la lana

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que puede estar asociada con diversas sensibilidades e intolerancias a ciertos materiales y sustancias. La intolerancia a los solventes y

a la lana son dos ejemplos de posibles sensibilidades que algunas personas con dermatitis atópica pueden experimentar. Las personas que tienen alergia a la lanolina, por tanto, no pueden usar ropa elaborada con lana sin desarrollar síntomas. La gravedad varía de una persona a otra, aunque en la mayoría de los casos, se presenta como un sarpullido con picor. Esta erupción suele aparecer en la zona de la piel que ha entrado en contacto con la lana (Alergonorte, 2020).

Dermografismo blanco

El dermografismo es una condición en la cual la piel es extremadamente sensible y responde a la presión o al roce con una respuesta visible. Cuando esta sensibilidad se manifiesta como líneas blancas en la piel, se le conoce como “dermografismo blanco”. En personas con dermatitis atópica, la piel puede ser más propensa a reacciones como el dermografismo debido a la sensibilidad e irritabilidad cutánea asociada con esta condición. Sin embargo, es importante señalar que el dermografismo blanco en sí mismo no es específico de la dermatitis atópica y puede ocurrir en individuos sin esta condición.

El dermografismo blanco se caracteriza por la aparición de líneas o ronchas blancas en la piel cuando se aplica presión o fricción. Estas líneas pueden durar unos minutos antes de desaparecer. La reacción se debe a la liberación de histaminas en la piel en respuesta al estímulo.

Si experimentas dermografismo blanco y sospechas que puede estar relacionado con la dermatitis atópica, es recomendable consultar a un dermatólogo. El dermatólogo podrá evaluar tus síntomas, realizar un examen físico y, si es necesario, realizar pruebas adicionales para determinar la causa subyacente y ofrecer un plan de tratamiento adecuado. El tratamiento del dermografismo blanco puede incluir medidas para controlar la sensibilidad cutánea y la irritación,

así como la identificación y prevención de posibles desencadenantes. Cabe destacar que cada persona es única, y lo que funciona para un individuo puede no ser igualmente efectivo para otro, por lo que la atención personalizada de un profesional de la salud es crucial.

Xerosis

La xerosis es un término médico utilizado para describir la sequedad de la piel. En el contexto de la dermatitis atópica, la xerosis es una característica común y a menudo contribuye a los síntomas de esta condición. En la Figura 39 se muestra que en esta patología la piel seca puede ser una de las manifestaciones iniciales de la dermatitis atópica y puede empeorar durante los brotes de la enfermedad. Las personas con dermatitis atópica tienen una barrera cutánea comprometida, lo que significa que su piel no retiene la humedad de manera eficiente. Esto puede llevar a una pérdida excesiva de agua, resultando en piel seca y deshidratada. La xerosis puede manifestarse como:

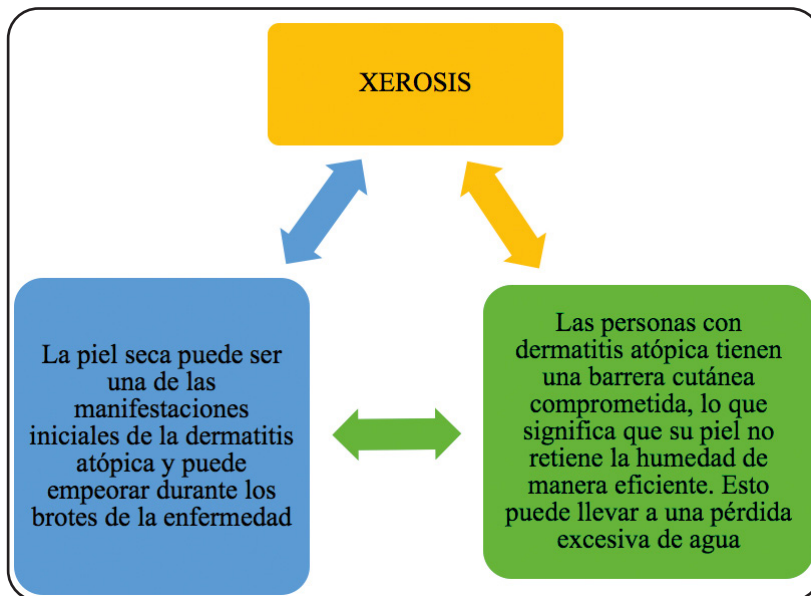


Figura 39. Xerosis

- Piel áspera y escamosa: La piel afectada puede sentirse áspera al tacto y tener áreas escamosas.
- Picazón, enrojecimiento, descamación y tirantez de la piel.

Según el estado ambiental puede variar en climas secos y fríos, así como el uso de distintos productos químicos de uso diario puede resecar la piel del paciente. Cabe resaltar que se puede apreciar la aparición de grietas en la piel, especialmente en áreas expuestas como las manos y los labios.

Prevención de la xerosis

1. Hidratación: La piel debe permanecer hidratada para evitar la resequeidad, utilizando productos adecuados para cada tipo de piel.
2. Evitar baños y duchas calientes: El agua caliente puede eliminar los aceites naturales de la piel, así que opta por duchas o baños con agua tibia y no te quedes demasiado tiempo en ellos.
3. Utilizar jabones suaves: Evita los jabones agresivos que pueden resecar aún más tu piel.
4. Protección solar: La exposición al sol puede deshidratar la piel. Usa protector solar todos los días y considera utilizar un sombrero y ropa protectora cuando estés al aire libre durante largos periodos de tiempo.
5. Humidificación del ambiente: Usa un humidificador en casa, especialmente durante los meses más secos del año. Esto ayudará a aumentar la humedad en el aire y a mantener tu piel hidratada.

Tratamientos efectivos para la xerosis en la piel

El tratamiento para la xerosis en la piel incluye productos específi-

cos que pueden ser de gran ayuda. Dos de ellos son la crema Lipikar Lait de La Roche-Posay y Lipikar Lait Urea 10%. Ambas lociones han demostrado ser eficaces para aliviar los síntomas de la sequedad y restaurar la hidratación cutánea.

Para el tratamiento de la xerosis, Lipikar Lait Urea 10% es la solución definitiva. Esta loción de triple acción combate los signos más molestos de la piel seca: rugosidad, descamación, tirantez y picor. Con recomendación dermatológica, ofrece una hidratación intensiva y anti-sequedad que perdura durante 48 horas.

Ictiosis

La ictiosis es un grupo de trastornos genéticos que afectan la descamación y el aspecto de la piel. Estos trastornos pueden hacer que la piel sea seca, escamosa y, en algunos casos, con un aspecto parecido a las escamas de pescado. Por otro lado, la dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel caracterizada por enrojecimiento, picazón y sequedad. Aunque la sequedad es un síntoma común en ambas condiciones, la apariencia de la piel en la ictiosis puede ser más distintiva, con una descamación más evidente.

Es importante señalar que la coexistencia de múltiples condiciones cutáneas no es infrecuente, y algunas personas pueden experimentar tanto dermatitis atópica como ictiosis. Si hay preocupaciones sobre la piel, es fundamental buscar la evaluación y el diagnóstico de un dermatólogo. Un dermatólogo podrá realizar un examen físico, recopilar historial médico y, si es necesario, realizar pruebas adicionales para determinar la presencia de diferentes condiciones y proporcionar un plan de tratamiento adecuado.

El tratamiento de la ictiosis y la dermatitis atópica puede requerir enfoques específicos según las características de cada condición. La hidratación regular, el uso de emolientes y, en algunos casos, medicamentos tópicos o sistémicos pueden ser parte del plan de tratamiento. La gestión adecuada debe ser personalizada y supervisada por un profesional de la salud.

Influencia de factores emocionales o ambientales en la evolución de la enfermedad

La dermatitis atópica es una enfermedad cutánea crónica que puede verse afectada por diversos factores, incluyendo factores emocionales y ambientales. La interacción entre estos factores puede influir en la aparición, exacerbación y evolución de la enfermedad. A continuación, se describen algunas de las maneras en que estos factores pueden desempeñar un papel en la dermatitis atópica.

Factores emocionales:

1. Estrés: El estrés emocional puede desencadenar o exacerbar los brotes de dermatitis atópica. La respuesta al estrés puede desencadenar la liberación de sustancias químicas inflamatorias en el cuerpo, lo que puede afectar la piel y agravar los síntomas.
2. Ansiedad y depresión: Las personas con dermatitis atópica a menudo experimentan ansiedad y depresión debido a la incomodidad y la apariencia visible de la enfermedad. A su vez, estas condiciones emocionales pueden afectar negativamente la dermatitis atópica.

Factores ambientales:

1. Clima: Las condiciones climáticas extremas, como el frío o el calor intenso, pueden desencadenar o empeorar los síntomas de

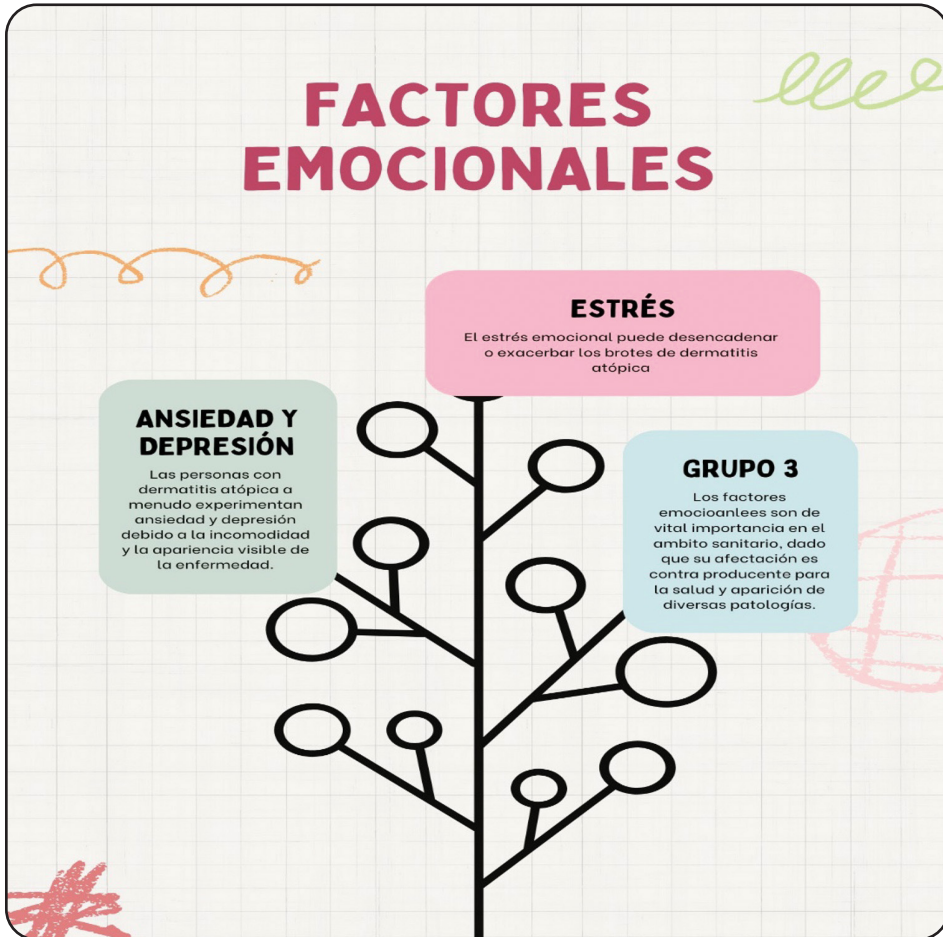


Figura 40. Factores emocionales y su afectación en la salud de la población.

la dermatitis atópica.

2. Exposición a alérgenos: La exposición a alérgenos ambientales, como polen, ácaros del polvo o pelo de mascotas, puede desencadenar brotes en personas con dermatitis atópica.
3. Irritantes y alérgenos en productos: El uso de productos de cuidado de la piel, detergentes y otros productos que contienen ingredientes irritantes o alérgenos puede agravar la dermatitis atópica.

4. Cambios hormonales: En algunos casos, los cambios hormonales, como los que ocurren durante la pubertad o el embarazo, pueden influir en la actividad de la dermatitis atópica.

La comprensión de estos factores puede ser importante para el manejo de la dermatitis atópica. Algunas estrategias para abordar estos factores pueden incluir:

- Manejo del estrés: La práctica de técnicas de manejo del estrés, como la meditación o la terapia cognitivo-conductual, puede ayudar a reducir los brotes asociados al estrés.
- Ambiente controlado: Evitar la exposición a factores desencadenantes, como alérgenos o extremos climáticos, puede ayudar a prevenir los brotes.
- Cuidado adecuado de la piel: Utilizar productos suaves y sin irritantes para el cuidado de la piel y evitar productos con fragancias fuertes.

Es esencial trabajar en estrecha colaboración con un dermatólogo para desarrollar un plan de tratamiento que aborde los factores individuales que afectan a cada persona con dermatitis atópica. Un enfoque integral que incluya el manejo de factores emocionales y ambientales puede ser clave para mejorar la calidad de vida de quienes padecen esta enfermedad, como se puede apreciar en la Figura 41.

Dermatitis inespecífica mano-pie

La descripción de “dermatitis inespecífica mano-pie” podría referirse a una irritación o inflamación en las manos y los pies sin una causa específica identificada (ver Figura 42). La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que a menudo se ma-

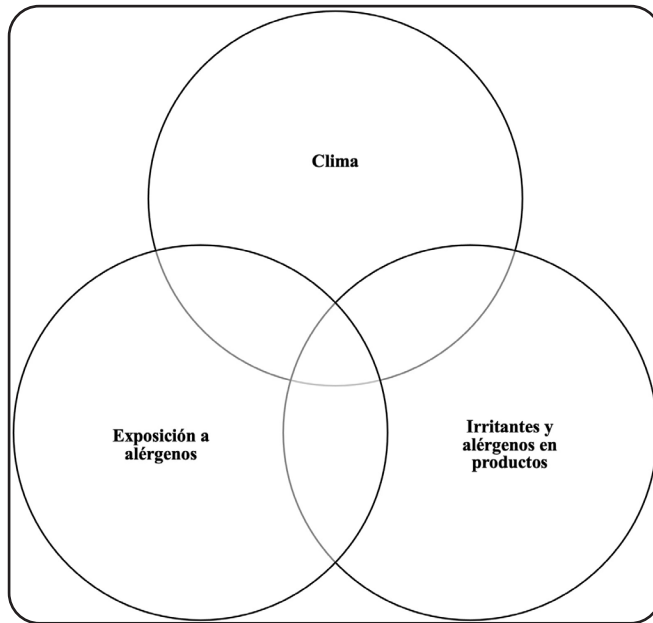


Figura 41. Factores de riesgo ambientales que pueden dar origen a la dermatitis.

nifiesta con picazón, enrojecimiento, descamación y sequedad de la piel. Las manos y los pies son áreas comunes que pueden verse afectadas debido a la exposición constante a factores ambientales, contacto con irritantes y fricción.

Los síntomas pueden variar, pero a menudo incluyen piel seca, enrojecimiento, descamación y picazón. La irritación en estas áreas puede ser más pronunciada debido a la sensibilidad de la piel en estas zonas.

El manejo de esta patología en las manos y los pies generalmente implica medidas como:

- Hidratación regular: Aplicar cremas hidratantes o emolientes para mantener la piel bien hidratada.

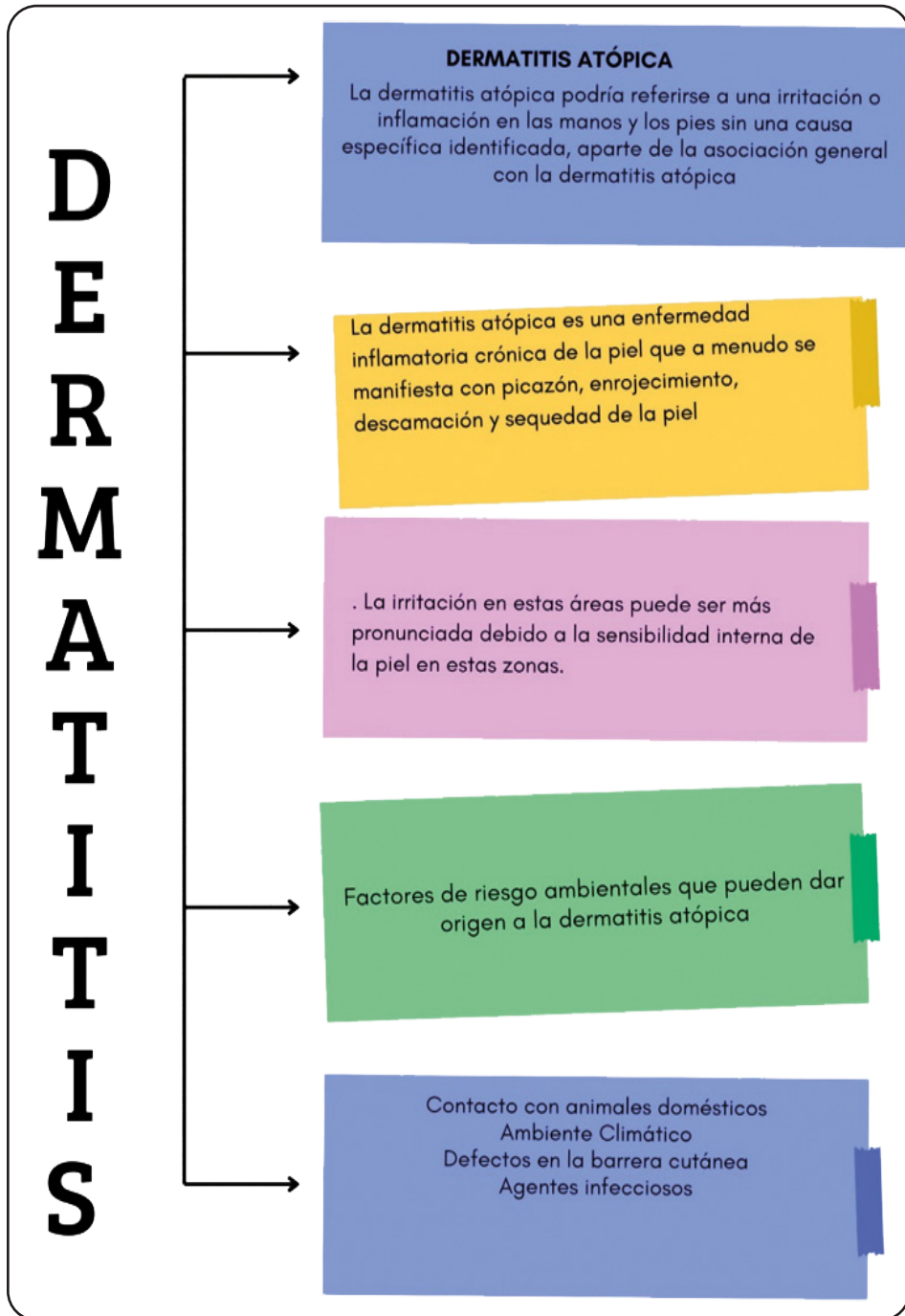


Figura 42. Factores de riesgo ambientales que pueden dar origen a la dermatitis atópica.

Eczema del pezón

El eczema del pezón se refiere a la inflamación de la piel alrededor del pezón. En el contexto de esta enfermedad, la presencia de eczema en el área del pezón es posible, aunque no es tan común como en otras áreas del cuerpo, como se puede ver en la Figura 43.

Puede afectar cualquier parte del cuerpo, incluyendo los pezones y la piel circundante.

Los síntomas comunes en el pezón pueden incluir enrojecimiento, descamación, sequedad, picazón y, en casos más graves, lesiones o costras.

La sensibilidad de la piel en esta área puede hacer que los síntomas sean especialmente incómodos.

Algunas medidas generales que podrían ayudar en el manejo del eczema del pezón en el contexto de la dermatitis atópica incluyen:

1. Hidratación regular: Aplicar cremas emolientes o lociones sin perfume para mantener la piel bien hidratada.
2. Evitar irritantes.

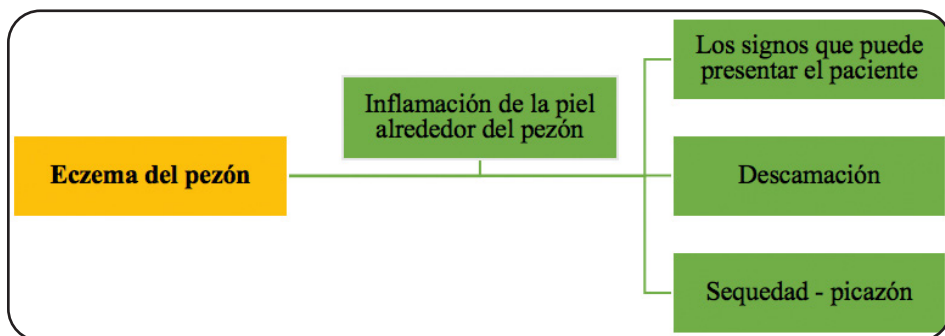


Figura 43. Eczema del pezón

Conjuntivitis recurrente

La conjuntivitis recurrente en personas con dermatitis atópica puede ser una complicación frecuente y problemática. Esta condición se caracteriza por inflamaciones repetidas de la conjuntiva, la membrana transparente que cubre el interior de los párpados y la parte blanca del ojo. La relación y el manejo de esta patología se ilustran en la Figura 44, además, se recomiendan las siguientes medidas

- **Hidratación ocular:** Usar lágrimas artificiales o gotas oculares lubricantes para mantener los ojos bien hidratados y aliviar la sequedad.
- **Evitar irritantes:** Evitar el contacto con la piel.
- **Cuidado de la piel:** Mantener la piel circundante limpia y libre de irritantes.

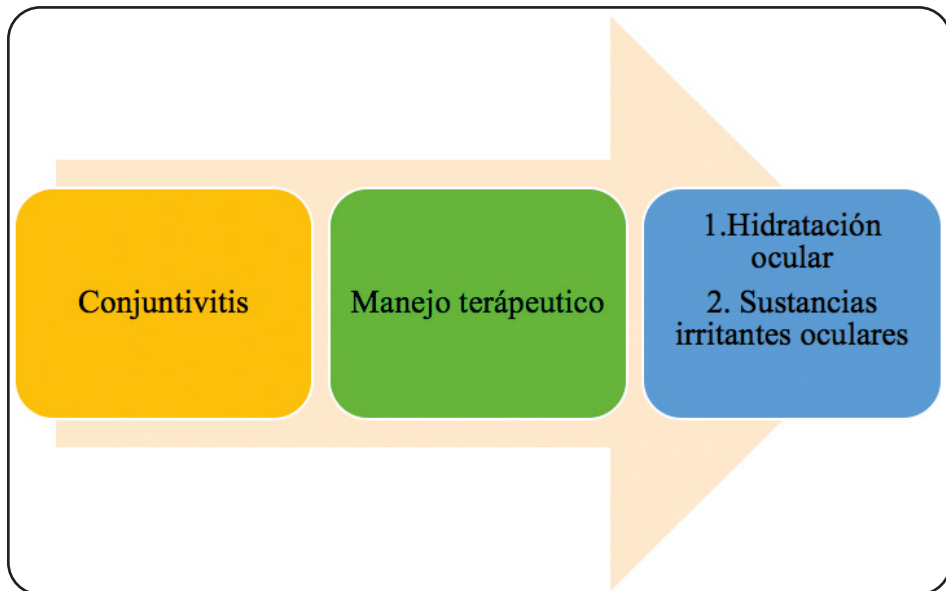


Figura 44. Conjuntivitis recurrente como un factor de riesgo en el desarrollo de dermatitis

Catarata subcapsular anterior

La catarata subcapsular anterior es un tipo específico de catarata que afecta la parte frontal de la cápsula del cristalino en el ojo. En algunos casos, puede haber una asociación entre la dermatitis atópica y la aparición de cataratas subcapsulares anteriores. La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, y se ha observado que las personas con esta condición pueden tener un mayor riesgo de desarrollar problemas oculares, como cataratas. Sin embargo, la relación exacta entre la dermatitis atópica y las cataratas no siempre está completamente clara, y pueden estar involucrados diversos factores, como la inflamación crónica, el uso de medicamentos tópicos esteroides y la exposición a la radiación ultravioleta.

En el caso de las cataratas subcapsulares anteriores asociadas a la dermatitis atópica, es importante tener en cuenta que cada situación es única. No todas las personas con dermatitis atópica desarrollarán cataratas, y la presencia de cataratas puede estar influenciada por diversos factores, incluidos los genéticos y ambientales.

Queratocono

El queratocono es una condición ocular en la cual la córnea, que normalmente tiene forma de cúpula, se adelgaza y adopta una forma más cónica. Esta alteración en la forma de la córnea puede afectar la visión y, en casos más avanzados, puede requerir tratamientos es-

Es importante mantener un seguimiento regular con profesionales de la salud, tanto dermatólogos como oftalmólogos, para una evaluación y manejo adecuado de cualquier afección asociada a la dermatitis atópica.

pecíficos, como lentes de contacto especiales o, en casos más graves, cirugía.

En cuanto a la relación entre el queratocono y la dermatitis atópica, no existe una conexión directa bien establecida entre ambas condiciones. Sin embargo, algunas investigaciones sugieren una posible asociación entre la dermatitis atópica y ciertos trastornos oculares, incluyendo el queratocono.

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, y se ha observado que las personas con dermatitis atópica tienen una mayor incidencia de trastornos oculares, como el queratocono, aunque la relación precisa no está completamente entendida.

Si tiene dermatitis atópica y experimenta cambios en la visión o síntomas oculares, es importante que busque la atención de un oftalmólogo. Este especialista en ojos podrá realizar exámenes oculares detallados y evaluar la salud de tus ojos. Si se sospecha de queratocono u otras afecciones oculares, el oftalmólogo podrá proporcionar un diagnóstico preciso y recomendar opciones de tratamiento adecuadas.

Dermatitis por contacto en adultos mayores

El mecanismo de la inflamación es no inmunológico (efecto tóxico directo), con disrupción de la barrera epidérmica e inflamación secundaria. Las lesiones cutáneas están limitadas al área de contacto y la respuesta cutánea es proporcional al nivel de contacto. Esta corresponde al 80% de las dermatitis de contacto, por lo tanto, los datos clínicos generan una aproximación diagnóstica más apropiada. Se debe tener en cuenta que este tipo de patología presenta características de contacto y la mayoría genera edema local como manifestación clínica

inicial. La edad avanzada puede provocar cambios en la piel y, cuando se combina con una movilidad reducida y múltiples comorbilidades, aumenta el riesgo de desarrollo de lesiones por presión. Las úlceras por presión son lesiones cutáneas causadas por cizallamiento, fricción y/o presión sobre el tejido durante un período prolongado de tiempo, lo que genera isquemia y daño tisular (Rodríguez, 2022).

Factores de riesgo

Existen factores que aumentan el riesgo en el proceso de envejecimiento de la piel. A nivel de la epidermis, ocurre la declinación de los melanocitos en aproximadamente un 15% por década, y se duplica su densidad en áreas fotoexpuestas. Hay, además, una reducción de las células de Langerhans; disminuye la sensibilidad y la inmunidad. En la dermis hay disminución del colágeno (1% anual) y de los fibroblastos, con una afección progresiva del tejido elástico en la dermis papilar (Albear et al., 2021).

- **Clima:** La temperatura, humedad y radiación afectan a los síntomas de la dermatitis atópica. Bajas temperaturas aumentan la “irritabilidad de la piel” y la baja humedad acelera la TEWL (pérdida de agua transepidermica) y condiciona una mayor activación del sistema inmune. El calor es dañino para la piel de los pacientes atópicos, no es bien tolerado, provoca una mayor sudoración, cambios en el pH del sudor, mayor alcalinidad y, por lo tanto, crecimiento bacteriano.
- **Radiación UV:** Puede disminuir la severidad de los síntomas en algunos pacientes con dermatitis atópica al suprimir la producción de superantígenos del *Staphylococcus aureus* y estimular la síntesis cutánea de provitamina D. Algunos estudios encuentran que la dermatitis atópica está asociada con bajos niveles de

vitamina D, pero estos estudios no son concluyentes.

- Irritantes y contacto: El agua dura, que tiene alto contenido de iones minerales como calcio y magnesio, es agravante de la dermatitis atópica por diferentes mecanismos: el calcio y magnesio son irritantes de la piel cuando están a altas concentraciones y se necesitan grandes cantidades de detergente para eliminarlos, lo cual provoca irritación o exacerbación del cuadro. Las sales minerales reaccionan con los ácidos grasos de los jabones y forman los llamados “jabones metálicos”, que producen alteración de la barrera cutánea y ejercen efecto irritante en los pacientes con dermatitis atópica.
- Ropa: Juega un rol importante en la evolución de la dermatitis atópica. La ropa interior, la ropa de cama y, en general, toda ropa en contacto con la piel (incluida la de los familiares en contacto con el niño) puede afectar la condición.
- Hábitos de limpieza: El baño es considerado necesario ya que ayuda a reducir la aspereza y el prurito en los pacientes con dermatitis atópica. La frecuencia y duración del baño es un tema controvertido, pero se concluye que no influye significativamente en la severidad de la dermatitis atópica, por lo que en la actualidad se recomienda baño diario de corta duración. Aditivos como polvos de avena o arroz pueden ayudar a calmar el prurito y disminuir la inflamación.
- Mascotas: Estudios revelan que los perros tienen un efecto protector, mientras que la exposición a los gatos está relacionada con mayor riesgo y exacerbación de la dermatitis atópica.
- Antibióticos: Cuando son necesarios a temprana edad, produ-

cen cambios en la microbiota del infante y conducen a alteraciones en el desarrollo del sistema inmune, incrementando el riesgo de desarrollar dermatitis atópica.

- **Dieta:** El impacto de la dieta en la dermatitis atópica debe ser analizado en diferentes etapas de la vida, es decir, las exposiciones prenatales, en el útero, la primera infancia y la edad adulta. La alimentación de las gestantes con alimentos ricos en ácidos grasos poliinsaturados, como los pescados azules, ofrece un efecto protector que retrasa o evita la presentación de la dermatitis atópica. La lactancia materna, aunque controvertida, parece tener un efecto protector.

Pruebas de laboratorio para el diagnóstico de dermatitis atópica

Inmunoglobulina E (IgE) elevada

En la dermatitis atópica, se observa un aumento en los niveles de inmunoglobulina E (IgE) en la sangre. La IgE es un tipo de anticuerpo asociado con las respuestas alérgicas e inmunológicas. En individuos con dermatitis atópica, la respuesta inmunológica se encuentra hiperactiva, y esto se manifiesta a menudo en un aumento de la IgE en la sangre. Los niveles elevados de IgE son indicativos de una reacción inmunológica exagerada ante alérgenos o irritantes ambientales. En la dermatitis atópica, la piel es más propensa a reacciones alérgicas y la liberación de mediadores inflamatorios, como la histamina, que contribuyen a los síntomas característicos de la enfermedad, como picazón, rojecimiento e inflamación.

Es importante señalar que los niveles de IgE pueden variar de una persona a otra, y no todos los individuos con dermatitis atópica tendrán niveles elevados de IgE en la sangre. Además, tener niveles ele-

vados de IgE no es específico de la dermatitis atópica y puede estar presente en otras condiciones alérgicas.

El monitoreo de los niveles de IgE puede ser útil en el diagnóstico y seguimiento de la dermatitis atópica, así como en la identificación de posibles desencadenantes alérgicos. Sin embargo, el tratamiento y la gestión de la dermatitis atópica suelen centrarse en el control de los síntomas y la prevención de los brotes, y no exclusivamente en reducir los niveles de IgE.

Pruebas cutáneas positivas

Las pruebas cutáneas positivas en personas con dermatitis atópica pueden indicar sensibilidad a ciertos alérgenos. La dermatitis atópica, aunque no siempre está directamente relacionada con alergias, puede tener componentes alérgicos en algunos casos. Las pruebas cutáneas son una forma común de evaluar la sensibilidad a alérgenos específicos.

- Pruebas de punción cutánea (prick test): En estas pruebas, se aplican pequeñas cantidades de alérgenos en la piel, generalmente en el antebrazo. Luego, se realiza una pequeña punción en la capa superior de la piel para permitir que los alérgenos entren en ella. Después de un tiempo, se observa la respuesta de la piel. Si hay enrojecimiento, defecto o picazón en el área donde se aplicó un alérgeno específico, se considerará una prueba positiva para ese alérgeno. Cabe destacar que cada uno de estos criterios puede presentarse de forma insidiosa e incluso algunos no estar presentes, todo depende del nivel de respuesta del organismo y de otras determinantes del propio paciente (Pineda, 2015).

Exámenes complementarios

Los profesionales sanitarios pueden utilizar las pruebas de IgE específica para mejorar el proceso diagnóstico y localizar los alérgenos pertinentes. La información específica que se obtiene de los resultados de las pruebas también se puede emplear para desarrollar un plan de tratamiento personalizado (INC, 2023).

Biopsia cutánea

Una biopsia de piel es un procedimiento en el que se extrae una pequeña muestra de piel para examinarla. Este procedimiento puede ayudar a diagnosticar una lesión de la piel (un área anormal de la piel).

La muestra de piel se examina con un microscopio para detectar cáncer de piel, una variedad de enfermedades de la piel o infecciones de piel. Solo algunas lesiones de la piel necesitan una biopsia. Su profesional de la salud puede diagnosticar muchos tipos de lesiones al observarlas.

- Biopsia por rasurado/raspado: Extrae una muestra de las capas superiores de la piel con una hoja de afeitar o un bisturí (una pequeña hoja cortante que se usa para cirugía). Su profesional de la salud realizará una biopsia por rasurado si su afección parece afectar solo las capas superiores de la piel.
- Biopsia con sacabocados: Utiliza una herramienta especial con una hoja redonda para extraer la muestra de piel. Su profesional de la salud realizará una biopsia con sacabocados si su afección parece afectar las capas profundas de la piel.
- Biopsia por escisión: Utiliza un bisturí para extirpar toda la lesión de la piel, generalmente con algo de piel normal a su al-

rededor. La muestra puede incluir el grosor completo de la piel junto con la grasa debajo de la piel.

Intervenciones y farmacología en dermatitis atópica

Una intervención adecuada y oportuna contribuye a la recuperación del paciente y la disminución de problemas de mayor magnitud.

- Cremas y ungüentos con corticosteroides: La espuma de propionato de clobetasol probablemente aumenta el control del eczema de las manos según la calificación de los participantes que amerite el tratamiento. La crema de furoato de mometasona aplicada tres veces por semana podría mejorar ligeramente, pero puede ocasionar adelgazamiento leve de la piel.
- Irradiación con luz UV: El PUVA local puede mejorar el control bueno/excelente calificado por el investigador en comparación con el UVB de banda estrecha. Sin embargo, no existe certeza acerca de este hallazgo y se puede asociar con poca o ninguna diferencia.
- Inhibidores tópicos de calcineurina: Los pacientes que reciben tacrolimus tienen probablemente más probabilidades de lograr un mejor control de los síntomas.
- Intervenciones orales: El inmunosupresor oral (un fármaco que dificulta la respuesta inmunitaria) ciclosporina puede ayudar en el control de los síntomas (Wa et al., 2019).

Pronóstico

La mayoría de los pacientes con dermatitis atópica se diagnostican en la infancia y la enfermedad se resuelve antes de llegar a la edad adulta. A pesar de esto, alrededor del 10% de los adultos siguen

presentando esta enfermedad, y los casos más graves representan un pequeño porcentaje. Las complicaciones más frecuentes son las infecciones cutáneas de las lesiones, que pueden agravarse por el rascado crónico, y la afectación ocular en forma de inflamación de los párpados (blefaritis), sequedad de la conjuntiva (queratoconjuntivitis), afectación de la córnea (queratocono), cataratas, etc. Las secuelas más comunes son cicatrices en la piel por el rascado de las lesiones y las derivadas de los efectos secundarios que pueden aparecer por los tratamientos, aunque son poco frecuentes.

La dermatitis atópica es una enfermedad que presenta un gran impacto sobre la calidad de vida. Para medirlo, se dispone de distintas escalas de valoración y de calidad de vida que permiten comparar y monitorizar la evolución de la enfermedad y la respuesta a los tratamientos (Dallari & Ribba, 2020).

Diagnóstico de dermatitis atópica

La anamnesis y el examen físico son la base del diagnóstico clínico. El estudio analítico no aporta datos de importancia y en la biopsia se observa una imagen de dermatitis espongiótica y en ciertas ocasiones necrosis epidérmica que únicamente serviría para descalificar otros procesos, pero no como un método de diagnóstico. Es de vital importancia en un paciente con una enfermedad cutánea evaluar siempre la exposición laboral, enfermedades cutáneas en compañeros, medidas de protección adoptadas en el sitio de trabajo y los productos químicos específicos presentes en el mismo. Estos pueden mostrar la causa subyacente. La dermatitis atópica se diagnostica en base a las manifestaciones clínicas y su aparición en forma de brotes, según la historia clínica del paciente y los antecedentes familiares. Existen pruebas bioquímicas que permiten valorar la gravedad y el grado de

actividad de la enfermedad, como el recuento de eosinófilos en sangre periférica y la cantidad de inmunoglobulinas E en suero. Sin embargo, los síntomas son tan característicos que generalmente permiten un diagnóstico en base a las evidencias clínicas.

Actualmente, el diagnóstico de dermatitis atópica se basa en investigaciones clínicas mediante pruebas de parche con haptenos sospechosos. La prueba del parche es un método que tiene como objetivo la reproducción de las lesiones en pacientes previamente sensibilizados. Aplicando productos químicos de interés en la piel, generalmente en el tórax posterior (espalda) del sujeto a un valor predeterminado de concentraciones. Algunos días más tarde, generalmente 48 horas después de la eliminación del parche, se puntúa cualquier reacción inflamatoria en el sitio del examen.

Según el juicio clínico, un resultado positivo de la prueba de parche puede confirmar que un sujeto es alérgico a algún químico en particular. La puntuación de las reacciones de dermatitis atópica incluye: Consideración del tamaño de la reacción eritematosa o extensión del edema o presencia de vesículas en el sitio de la aplicación o respuestas más fuertes que se asocian con ampollas extremas.

Para catalogar una dermatitis de contacto como profesional, se toman en cuenta tres aspectos principales:

1. Historia médica: Tiempo de exposición, localización de lesiones acorde con el trabajo y pruebas de parche positivas.
2. Historia laboral detallada: Estudio del trabajo actual del paciente, productos químicos que manipula y medidas de protección utilizadas; estudio de profesiones anteriores y sustancias que manipuló.

3. Pruebas epicutáneas o patch test: Son los procedimientos diagnósticos gold estándar de elección para el estudio de pacientes con dermatitis atópica. Al realizar este tipo de pruebas con un diagnóstico positivo, debemos dar al paciente además de los resultados, las recomendaciones pertinentes, así como la importancia de acatar las mismas (Aghazadeh, 2022).

Tratamiento de la dermatitis atópica

Es necesario un enfoque multidisciplinario, ya que no solo presentan manifestaciones físicas, también requieren asesoramiento psicológico. Tanto el paciente como el personal de salud deben conocer todas las opciones de manejo disponibles y se debe llegar a un mutuo acuerdo en la elección del tratamiento.

Tratamiento farmacológico

Su finalidad es disminuir la inflamación de la piel, evitar recurrencias al mejorar la barrera cutánea con un adecuado manejo general y controlar la sintomatología que afecta la calidad de vida de la persona.

- Antihistamínicos: Disminuyen el prurito, en la actualidad se recomienda su uso solo en casos agudos, no de forma continua. Asociada a corticoides o inmunomoduladores tópicos el resultado es óptimo. Los más usados son la hidroxicina, cetirizina y dexclorfeniramina.
- Corticoides sistémicos: Se utilizan en brotes intensos y agudos que no responden a tratamientos tópicos. El más usado es prednisona durante tiempos cortos y es más recomendable su uso vía oral.
- Antibióticos: En casos de sobreinfección bacteriana, general-

mente por *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*; se puede usar amoxicilina, ácido clavulánico o cefadroxilo.

- **Inmunomoduladores:** Su función es modificar la respuesta inmunológica, se usan en cuadros graves y resistentes a tratamientos habituales. Entre ellos encontramos: ciclosporina A, azatioprina, metotrexato, omalizumab y micofenolato.

La dermatitis es una afección que debe ser tratada oportunamente, con la finalidad de mejorar el estado del paciente. Según Padilla (2022), el tratamiento de abordaje clínico en los pacientes adultos mayores está constituido por diferentes fármacos como: antihistamínicos, corticoides sistémicos y antibióticos, necesarios en el tratamiento de esta patología.

Cuidados de enfermería

En la Tabla 12 se muestra el cuidado de enfermería para adultos mayores con dermatitis atópica implica un enfoque integral que aborde la piel sensible y las necesidades específicas de esta población. La individualización y el proceso de valoración de enfermería es primordial en el manejo de la patología. Los adultos mayores tienden a perder elasticidad en la piel, además de que la piel está expuesta al medio ambiente. Factores como los rayos ultravioleta, productos químicos pueden dar origen a la presencia de dermatitis.

El cuidado de enfermería efectivo para adultos mayores con dermatitis atópica se basa en la comprensión de las características específicas de la piel envejecida y en la implementación de estrategias personalizadas para abordar las necesidades individuales de cada paciente. La enfermera debe realizar una valoración inicial exhaustiva de la piel para identificar áreas afectadas, el grado de sequedad y la

Tabla 12. Cuidados de enfermería en adultos mayores con dermatitis atópica

Cuidados de Enfermería en Adultos Mayores	
Evaluación Inicial	Realizar una evaluación exhaustiva de la piel para identificar áreas afectadas, el grado de sequedad y la presencia de lesiones cutáneas. Registrar la historia clínica completa, incluyendo antecedentes de dermatitis atópica, comorbilidades y tratamientos previos.
Educación del Paciente	Proporcionar información detallada sobre la naturaleza crónica de la dermatitis atópica, sus posibles desencadenantes y estrategias de manejo. Instruir al paciente sobre la importancia de la hidratación regular y el uso adecuado de productos para el cuidado de la piel.
Hidratación y Cuidado de la Piel	Fomentar el uso regular de cremas emolientes e hidratantes específicas para pieles sensibles. Recomendar la elección de productos sin fragancias ni irritantes, y explicar la importancia de evitar productos agresivos para la limpieza de la piel.
Manejo de la Picazón	Explorar estrategias para controlar la picazón, como la aplicación de compresas frías, prendas suaves y transpirables, y evitar rascarse para prevenir lesiones en la piel. Instruir sobre el uso adecuado de medicamentos tópicos prescritos, como cremas con corticosteroides, y supervisar su aplicación.
Prevención de Brotes	Colaborar con el paciente para identificar y evitar posibles desencadenantes, como alérgenos o irritantes ambientales. Proporcionar pautas sobre el manejo del estrés, ya que este puede desencadenar o agravar los brotes de dermatitis atópica.

Vigilancia Continua	Realizar un seguimiento regular para evaluar la respuesta al tratamiento y realizar ajustes según sea necesario. Monitorear la presencia de infecciones secundarias, ya que la piel comprometida puede ser más propensa a estas complicaciones.
Apoyo Psicosocial	Reconocer y abordar el impacto psicosocial de la dermatitis atópica en la calidad de vida del paciente. Proporcionar apoyo emocional y recursos para ayudar al paciente a enfrentar los desafíos asociados con la condición.
Coordinación con Otros Profesionales de la Salud	Colaborar estrechamente con el equipo médico, incluidos dermatólogos y otros especialistas, para garantizar una atención integral y ajustar el plan de tratamiento según sea necesario.

presencia de lesiones cutáneas. Registrar la historia clínica completa, incluyendo antecedentes de dermatitis atópica, comorbilidades y tratamientos previos que el paciente tenga desde la niñez. Cabe resaltar que la dermatitis puede aparecer en cualquier etapa de la vida.

El rol de la enfermera en el manejo integral del paciente consta en la educación constante del paciente y familia, o centros de apoyo social como son los geriátricos públicos o privados. La responsabilidad de la enfermera es la educación sanitaria sobre cómo se desencadena la patología y su cuadro clínico, la administración de tratamiento y la eliminación o disminución de la causa, además de aportar información sobre la hidratación regular y el uso adecuado de productos para el cuidado de la piel.

La hidratación y cuidados de la piel es de vital importancia en el tratamiento y mitigación de los signos y síntomas clínicos de esta pa-

tología. Fomentar el uso regular de cremas emolientes e hidratantes específicas para pieles sensibles y recomendar la elección de productos sin fragancias ni irritantes, y explicar la importancia de evitar productos agresivos para la limpieza de la piel constituye una de las actividades de la enfermera.

El manejo integral de los síntomas como la picazón incluye enseñar estrategias para controlar la picazón, como la aplicación de compresas frías, prendas suaves y transpirables, y evitar rascarse para prevenir lesiones en la piel. Además de la administración de medicamentos tópicos prescritos, como cremas con corticosteroides, y supervisar su aplicación.

La prevención de complicaciones en pacientes con dermatitis es fundamental. La enfermera debe realizar la observación de manera perspicaz para proceder a la identificación de factores que originan la dermatitis, como alérgenos y sustancias ambientales. Además de proporcionar pautas sobre el manejo del estrés.

La vigilancia continua de nuevos brotes de dermatitis consiste en evaluar la respuesta al tratamiento y realizar ajustes según sea necesario, mediante la comunicación al médico de la evaluación de la patología. Monitorear la presencia de infecciones secundarias, ya que la piel comprometida puede ser más propensa a laceraciones y, con ello, la colonización bacteriana que da lugar a dermatitis, úlceras y llagas que maltratadas pueden terminar en caldo de cultivo de bacterias y la necrotización de la piel y tejido tegumentario.

El paciente con esta patología amerita apoyo emocional por parte de la enfermera que trabaja en el campo de geriatría. El reconocer y abordar el impacto psicosocial de la dermatitis atópica en la calidad de vida del paciente, y proporcionar apoyo emocional y recursos para

ayudar al paciente a enfrentar los desafíos asociados con la condición.

El trabajo multidisciplinario en conjunto con más profesionales es de vital importancia en la comunicación, el colaborar estrechamente con el equipo médico, incluidos dermatólogos y otros especialistas, para garantizar una atención integral y ajustar el plan de tratamiento estándar requerido en el tratamiento médico.

Dermatitis seborreica en adultos mayores

La dermatitis seborreica ocurre con mayor frecuencia en los bebés, por lo general dentro de los primeros 3 meses de vida, y en los adultos de 30 a 70 años. La incidencia y la gravedad de la enfermedad parecen estar influenciadas por factores genéticos, emocionales o de estrés físico y climáticos (suele empeorar en los meses fríos). La dermatitis seborreica puede preceder o estar asociada con psoriasis (llamada seborriasis). La dermatitis seborreica puede ser más común y más grave en los pacientes con trastornos neurológicos (en especial enfermedad de Parkinson), debido a, por ejemplo, cambios en la actividad de las glándulas sebáceas, o en aquellos con VIH/SIDA, probablemente debido a un desequilibrio de las respuestas proinflamatorias y antiinflamatorias de las células T (Thomas, 2023).

Antecedentes relevantes

La caspa, pitiriasis o furfurácea es una afección dermatológica común del cuero cabelludo que se estima afecta hasta a un 50 % de la población mundial. Consiste en el desprendimiento de laminillas u hojuelas de piel muerta del cuero cabelludo acompañado de picor, pero sin inflamación.

A pesar de que es normal que las células de la piel se mueran y formen hojuelas, algunas personas, ya sea crónicamente o como resulta-

do de ciertas dolencias, experimentan una cantidad anormal de estas, lo cual suele ser acompañado de prurito, enrojecimiento e irritación. La mayoría de las causas pueden ser tratadas con un champú especial o con remedios caseros comunes (Ranganathan & Mukhopadhyay, 2010).

Etiología

El aumento de producción sebácea en algunas personas puede favorecer el sobrecrecimiento de algunos microorganismos. Si bien en otras personas la producción de sebo es normal, su composición muy alcalina también favorece esa proliferación. En concreto, el microorganismo que parece estar involucrado es un género de levaduras, *Malassezia*, comensal habitual de la piel, pero que puede proliferar en exceso en estos pacientes. En concreto, las especies *Malassezia globosa*, *Malassezia furfur* y *Malassezia sympodialis* son las más frecuentemente aisladas (Maset, 2022).

Factores de riesgo

Aunque actualmente se conoce que causa la dermatitis seborreica, ningún científico parece ponerse de acuerdo en lo que respecta a su evolución cronológica y su interrelación. En total, se han identificado tres factores:

- El sebo, cuando se produce en grandes cantidades, como ocurre en las llamadas zonas grasas.
- La proliferación de una levadura del género *Malassezia*.
- La inflamación de la piel.

En las personas con dermatitis seborreica, en las denominadas zonas grasas donde se acumula el sebo, una levadura del género *Ma-*

lassezia puede proliferar de forma anormal. Esta levadura está presente de manera natural en la superficie de la piel y forma parte del microbioma cutáneo. Cuando prolifera, desencadena una reacción inflamatoria específica que genera un enrojecimiento y una renovación acelerada de las células del cuero cabelludo y la piel. Este eritema acompañado de pequeñas escamas en la superficie de la piel es característico de la dermatitis seborreica.

Cuadro clínico

Los signos y síntomas de la dermatitis seborreica pueden incluir los siguientes: Descamación de la piel (caspa) en el cuero cabelludo, el cabello, las cejas, la barba o el bigote. Zonas de piel grasa cubiertas con escamas blancas o amarillas, o costras en el cuero cabelludo, la cara, los costados de la nariz, las cejas, las orejas, los párpados, el pecho, las axilas, la zona de la ingle o debajo de las mamas, sarpullidos que pueden ser más oscuros o claros en personas de piel morena o negra y más rojizos en las personas de piel blanca, también suele acompañarse de sarpullidos en forma de anillo (anular) en el caso de un tipo llamado dermatitis seborreica petaloide.

Los signos y síntomas de dermatitis seborreica suelen aparecer con estrés, fatiga o un cambio de estación (Book, 2022).

Las zonas de piel grasa cubiertas con escamas blancas o amarillas pueden ser indicativas de varias condiciones de la piel. Algunas posibles causas incluyen:

1. Dermatitis seborreica.
2. Psoriasis.
3. Eczema.
4. Otras patologías propias de la piel.

Intervenciones y farmacología

Tratamiento Tópico

En principio, se indica el uso de champú queratolítico, el cual tiene la función de disminuir la inflamación del cuero cabelludo, así como la descamación. Actualmente, en todo el mundo existen variados champús o suspensiones detergentes que contienen principios activos tales como el ácido salicílico, la piritiona de cinc, el alquitrán mineral o el sulfuro de selenio. La forma de aplicación debe procurar la formación de espuma, se debe aplicar el champú por medio de un intenso masaje del cuero cabelludo y esperar dos o tres minutos, con la finalidad de que el principio activo actúe, posteriormente se debe enjuagar el cabello.

1. Corticosteroides tópicos: Se utilizan por su actividad antiinflamatoria de baja y de mediana potencia, como hidrocortisona 1% y betametasona 0.05%, solos o combinados, dependiendo de la presentación del medicamento en cada país.
2. Antimicóticos tópicos y sistémicos: Medina (2014) hace referencia a la forma en que se encuentran disponibles los antimicóticos para el tratamiento de la dermatitis seborreica (DS): en tabletas, cápsulas, champú, cremas y ungüentos: ketoconazol, miconazol, bifonazol, itraconazol, fluconazol, terbinafina, ciclopiroxolamina y pramiconazol.
3. Fototerapia: La fototerapia con luz ultravioleta es una forma de terapia física utilizada en dermatología en diferentes patologías, siendo la psoriasis el prototipo de enfermedad cutánea con respuesta muy favorable. Su uso se remonta a principios del siglo XX y en su evolución han ido surgiendo variadas modalidades,

entre las más frecuentes se encuentra la terapia UVA (340-400 nm), PUVA (psoralenos + UVA), UVB banda ancha (280-320 nm) y la más reciente UVB de banda estrecha (311 nm). Su mecanismo de acción resulta un tanto complejo, no obstante, puede explicarse mediante la acción conjunta de la inhibición de la proliferación epidérmica, efecto antiinflamatorio y algunas acciones inmunomoduladoras.

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en la clínica, por el aspecto y la localización de las lesiones cutáneas. A la exploración física, son característicos los parches con escamas grasosas en el cuero cabelludo y lesiones eritemato-descamativas localizadas en zonas de inserción como el cuero cabelludo, pliegues retroauriculares, surcos nasogenianos o cejas. En los bebés, la lesión característica es la “costra láctea”. El diagnóstico diferencial de dermatitis seborreica se debe hacer con otras dermatitis descamativas como dermatitis atópica, candidiasis, dermatofitosis, psoriasis, rosácea, lupus eritematoso sistémico y tiña (España, 2023).

Tratamiento recomendado según la zona afectada

1. Para el cuero cabelludo: Lo más recomendable es shampoo con ketoconazol al 2%, unas 3 veces por semana. Es importante dejar actuar el shampoo de 3-5 minutos, hasta que los síntomas disminuyan, lo cual generalmente se estima en 1 mes. Posteriormente, se puede seguir usando según la necesidad. Asimismo, se puede alternar este shampoo con otros que contengan ácido salicílico o con piritiona de zinc, que pueden colaborar en la descamación de las costras.
2. Para la dermatitis seborreica facial: Son recomendables cremas de ketoconazol 2%, a ser usadas en las noches, por un transcurso de

3 semanas. En caso de que existan lesiones muy inflamadas, esta crema se puede asociar con corticoides de baja potencia como la hidrocortisona 1%, con aplicaciones en la mañana y noche, por un lapso de 3 a 5 días, suspendiéndola en forma gradual.

3. Para cualquier otra área del cuerpo: Se recomienda el uso de cremas de ketoconazol 2%, a ser aplicadas durante las noches por un periodo de 3 semanas. Para lesiones múltiples en el cuerpo se recomienda la administración de itraconazol por vía oral, 100 mg por un lapso de 14 días o 100 mg cada 12 horas por 7 días, combinados con el uso de jabones con sulfuro o cremas con urea, en un porcentaje recomendado del 10 o 15%. Si las lesiones se encuentran muy inflamadas, se pueden asociar corticoides de mediana potencia como la mometasona (Salazar et al., 2019).

a) Seborrea de la piel cabelluda: Los champús que contienen piritiona de cinc o selenio se utilizan diario si es posible. Se pueden alternar con los que contienen ketoconazol (al 1% o 2%), utilizados dos veces a la semana. En casos resistentes, se emplea una combinación de champús; también son eficaces los de alquitrán para casos más leves y para psoriasis de la piel cabelluda. A continuación, se añaden, si es necesario, soluciones o lociones de corticosteroides tópicos que se usan dos veces a la semana.

b) Dermatitis seborreica facial: La piedra angular del tratamiento es un corticosteroide ligero (hidrocortisona al 1%, alclometasona, desonida) suministrado de manera intermitente y lejos de los ojos. Si puede controlarse el trastorno con el uso intermitente de un corticosteroide tópico suave solo, se añade crema de ketoconazol al 2% dos veces al día. El tacrolimo y el pimecrolimo tópicos son alternativas que prescinden de esteroides.

- c) Dermatitis seborreica en áreas lampiñas o intertriginosas: Las cremas de corticosteroides con potencia baja (es decir, hidrocortisona, desonida o dipropionato de alclometasona al 1% o 2.5%) son muy eficaces si se aplican durante cinco a siete días y después una o dos veces a la semana para sostén, según esté indicado.

Según Papadakis et al. (2023), el tratamiento de esta patología dependerá de la clase de afectación y el grado de afección en la piel. Existen diversos tratamientos como champús y cremas a base de corticosteroides, necesarios en el tratamiento de la dermatitis seborreica, lo cual es indispensable para la salud de la población adulta mayor que es afectada por esta patología.

Pronóstico y Complicaciones

La dermatitis seborreica por lo general no presenta complicaciones. Sin embargo, el paciente con datos clínicos de dermatitis seborreica infantil que presenta signos y síntomas asociados (prurito, fiebre, infecciones) o mala respuesta al tratamiento debe ser referido al siguiente nivel de atención (CENETEC, 2015).

Dermatitis por contacto en Adultos Mayores

El mecanismo de la inflamación es no inmunológico (efecto tóxico directo), con disrupción de la barrera epidérmica e inflamación secundaria. Las lesiones cutáneas están limitadas al área de contacto, y la respuesta cutánea es proporcional al nivel de contacto. Esta corresponde al 80% de las dermatitis de contacto, por lo tanto, los datos clínicos generan una aproximación diagnóstica más apropiada. Se debe tener en cuenta que este tipo de patología presenta características de contacto y la mayoría genera edema local como manifestación clínica

inicial. Si muchas personas se exponen a una sustancia irritante, a todas se les inflamará la piel (Sandoval, 2019).

Datos Relevantes

Las enfermedades cutáneas ocupacionales se ubican dentro de las segundas enfermedades ocupacionales más frecuentes, según el Instituto Nacional para la Salud y la Seguridad Ocupacional de EE.UU. (NIOSH). Se estima que más de 13 millones de ciudadanos están potencialmente expuestos a químicos que pueden absorberse por la piel. De cada 100.000 personas, las enfermedades ocupacionales de la piel constituyen más del 30 al 40% de todas las notificaciones en los países occidentales industrializados y conllevan una importante carga macroeconómica. La misma puede cuantificarse aproximadamente en 1.5 billones de euros para Alemania, más de 5 billones anuales de euros para la comunidad europea y más de 11 billones de dólares para los EE.UU. Sin embargo, se supone que la cifra real de incidencia de las mismas está subestimada. Los sistemas de registros suelen ser incompletos como resultado del subdiagnóstico o el bajo número de denuncias de la especialidad, sobre todo en los casos relativamente poco graves. Esto significa que se subestima tanto en las estadísticas como en la implementación de medidas de prevención, lo cual para la Comisión de la Unión Europea ha sido considerado prioritario para resolver. De todas las enfermedades cutáneas ocupacionales, entre el 79 y el 95%, corresponden a las dermatitis por contacto, siendo el eccema el más frecuente y los diagnósticos de urticaria por contacto, foliculitis/acné, causas mecánicas/ traumáticas y neoplasias, los menos habituales (Macri et al., 2018).

Etiología

La edad avanzada puede provocar cambios en la piel y, cuando se

combina con una movilidad reducida y múltiples comorbilidades, aumenta el riesgo de desarrollo de lesiones por presión. Las úlceras por presión son lesiones cutáneas causadas por cizallamiento, fricción y/o presión sobre el tejido durante un período prolongado de tiempo, lo cual genera isquemia y daño tisular. A nivel internacional son un problema de seguridad y calidad de la atención. Dos tercios de las úlceras por presión ocurren en pacientes mayores de 70 años, con una incidencia que oscila entre el 1 y el 27%. Estas úlceras suelen aparecer sobre prominencias óseas y se clasifican en estadio I a IV (Rodríguez, 2022).

Predisposición genética

Existen mutaciones en determinados genes que alteran la barrera cutánea y producen una inflamación persistente. El factor genético mejor conocido es la mutación del gen de la filagrina 2. Esta predisposición genética se manifiesta por la presencia de antecedentes familiares de enfermedades alérgicas en los niños con dermatitis atópica y la coexistencia en el propio niño de otras enfermedades alérgicas como el asma, rinitis o alergias a determinados alimentos. La historia familiar de enfermedad predispone de tal manera que, si está afectado un progenitor, la prevalencia se estima en un 60%, y con ambos progenitores la prevalencia alcanza un 80%. Hay mayor asociación si la afectada es la madre, sobre todo si presenta manifestaciones graves de atopia (Escarrer & Guerra, 2019).

Factores de riesgo

Existen efectos intrínsecos y extrínsecos en el proceso de envejecimiento de la piel. A nivel de la epidermis, ocurre la declinación de los melanocitos en aproximadamente un 15% por década, y se duplica su densidad en áreas fotoexpuestas. Hay además una reducción de las

células de Langerhans, disminuyendo la sensibilidad y la inmunidad. En la dermis hay disminución del colágeno (1% anual) y de los fibroblastos, con una afección progresiva del tejido elástico en la dermis papilar. El proceso de deterioro endógeno y exógeno en las células influye sobre el envejecimiento cutáneo, seguido de la aparición de cambios degenerativos y metabólicos que hacen al paciente geriátrico más vulnerable a múltiples afecciones dermatológicas. Aunque la mayor parte de las dermatosis en este grupo no causan complicaciones fatales, por lo general son crónicas y afectan su calidad de vida. Se decide realizar este estudio con el objetivo de definir las enfermedades cutáneas frecuentes en los pacientes geriátricos atendidos en consulta de dermatología (Albear et al., 2021).

Factores exógenos

Clima: La temperatura, humedad y radiación afectan a los síntomas de la dermatitis atópica. Bajas temperaturas aumentan la “irritabilidad de la piel” y la baja humedad acelera la TEWL (pérdida de agua transepidermica) y condiciona una mayor activación del sistema inmune. El calor es dañino para la piel de los pacientes atópicos, no es bien tolerado, provoca una mayor sudoración, cambios en el pH del sudor, mayor alcalinidad y, por lo tanto, crecimiento bacteriano.

- **Radiación UV:** Puede disminuir la severidad de los síntomas en algunos pacientes con dermatitis atópica al suprimir la producción de superantígenos del *S. aureus* y estimular la síntesis cutánea de provitamina D. Algunos estudios encuentran que la dermatitis atópica está asociada con bajos niveles de vitamina D, pero en la actualidad estos estudios no son concluyentes.
- **Irritantes y contacto:** El agua dura, que tiene alto contenido de iones minerales como calcio y magnesio, es agravante de la der-

matitis atópica por diferentes mecanismos: el calcio y magnesio son irritantes de la piel cuando están a altas concentraciones y se necesitan grandes cantidades de detergente para eliminarlos. Esto en la piel atópica provoca irritación o exacerbación del cuadro. Las sales minerales reaccionan con los ácidos grasos de los jabones y forman los llamados “jabones metálicos”, que producen alteración de la barrera cutánea y ejercen efecto irritante en los pacientes con dermatitis atópica.

- La ropa: Juega un rol importante en la evolución de la dermatitis atópica. La ropa interior, la ropa de cama y, en general, toda ropa en contacto con la piel (incluida la de los familiares en contacto con el niño).
- Hábitos de limpieza: Como el baño, son considerados necesarios ya que ayudan a reducir la aspereza y el prurito en los pacientes con dermatitis atópica. La frecuencia y duración del baño es un tema controvertido, pero se concluye que no influye significativamente en la severidad de la dermatitis atópica, por lo que en la actualidad se recomienda baño diario de corta duración. Aditivos como polvos de avena o arroz pueden ayudar a calmar el prurito y disminuir la inflamación.
- Mascotas: Estudios revelan que los perros tienen un efecto protector mientras que la exposición a los gatos está relacionada con mayor riesgo y exacerbación de la dermatitis atópica.
- Antibióticos: Cuando son necesarios a temprana edad, producen cambios en el microbiota del infante y conducen a alteraciones en el desarrollo del sistema inmune de los niños, incrementando el riesgo de desarrollar dermatitis atópica.

- Dieta: El impacto de la dieta en la dermatitis atópica debe ser analizado por las diferentes etapas de la vida, es decir, las exposiciones prenatales, en el útero, la primera infancia y la edad adulta. La alimentación de las gestantes con alimentos ricos en ácidos grasos poliinsaturados, como los pescados azules, ofrece un efecto protector que retrasa o evita la presentación de la dermatitis atópica. La lactancia materna, aunque controvertida, parece tener un efecto protector.

Diagnóstico

La anamnesis y el examen físico son la base del diagnóstico clínico. El estudio analítico no aporta datos de importancia y en la biopsia se observa una imagen de dermatitis espongiforme y en ciertas ocasiones necrosis epidérmica que únicamente serviría para descalificar otros procesos, pero no como un método de diagnóstico. Es de vital importancia en un paciente con una enfermedad cutánea evaluar siempre la exposición laboral, enfermedades cutáneas en compañeros, medidas de protección adoptadas en el sitio de trabajo y los productos químicos específicos presentes en el mismo. Estos pueden mostrar la causa subyacente.

Actualmente, el diagnóstico de dermatitis de contacto alérgica (DCA) se basa en investigaciones clínicas mediante pruebas de parche con haptenos sospechosos. La prueba del parche es un método que tiene como objetivo la reproducción de las lesiones en pacientes previamente sensibilizados. Aplicando productos químicos de interés en la piel, generalmente en tórax posterior (espalda) del sujeto a un valor predeterminado de concentraciones. Algunos días más tarde, generalmente 48 horas después de la eliminación del parche, se puntúa cualquier reacción inflamatoria en el sitio del examen.

Según el juicio clínico, un resultado positivo de la prueba de parche puede confirmar que un sujeto es alérgico a algún químico en particular. La puntuación de las reacciones de DCA incluye: Consideración del tamaño de la reacción eritematosa, extensión del edema o presencia de vesículas en el sitio de la aplicación o respuestas más fuertes que se asocian con ampollas extremas. El diagnóstico de una dermatitis de contacto ocupacional (DCO) es complejo, incluso puede generar consecuencias legales.

Para catalogar una dermatitis de contacto como profesional se toman en cuenta tres aspectos principales:

1. Historia médica: tiempo de exposición, localización de lesiones acorde con el trabajo y pruebas de parche positivas.
2. Historia laboral detallada: estudio del trabajo actual del paciente, productos químicos que manipula y medidas de protección utilizadas; estudio de profesiones anteriores y sustancias que manipuló.
3. Pruebas epicutáneas o patch test: son los procedimientos diagnósticos gold estándar de elección para el estudio de pacientes con DCA. Al realizar este tipo de pruebas con un diagnóstico positivo, debemos dar al paciente, además de los resultados, las recomendaciones pertinentes, así como la importancia de acatar las mismas.

Tratamiento

Para diagnosticar la dermatitis, es necesario que el médico indague acerca de los síntomas y examine la piel. Es posible que deba extraer una pequeña parte de piel (biopsia) para analizarla en un laboratorio a fin de descartar otras afecciones.

Prueba del parche

El médico puede recomendar la realización de pruebas con parches en la piel. En esta prueba, se aplican pequeñas cantidades de diferentes sustancias a la piel y luego se cubren. El médico examina la piel durante las visitas de los siguientes días para buscar signos de una reacción. Las pruebas con parches pueden ayudar a diagnosticar tipos específicos de alergias que causan la dermatitis (Aghazadeh, 2022).

Dermatitis Perioral

Es una afección cutánea alrededor de la boca y puede extenderse a la nariz y, en raras ocasiones, a la región ocular. Dentro de sus factores desencadenantes se encuentran: pasta dental con fluoruro, infecciones fúngicas y bacterianas, factores hormonales como el consumo de anticonceptivos, clima y factores ambientales.

Dermatitis Atópica

Es una afección crónica de la piel, que se caracteriza por inflamación, picazón y sequedad de la piel. Dentro de sus principales desencadenantes se tienen factores ambientales como el clima, respuesta inmunológica anormal, entre otros.

En adultos mayores, la piel tiende a experimentar cambios relacionados con el envejecimiento, lo que puede influir en la presentación y manejo de diversas formas de dermatitis. Aquí hay un análisis de las cuatro clasificaciones específicas en el contexto de adultos mayores:

Cada una de estas formas de presentación se acompaña de manifestaciones clínicas que pueden ser similares, aunque en el curso de su evolución también pueden aparecer otros signos y síntomas que permitan enfocar con más claridad el diagnóstico.

Caso Clínico N°4: Paciente con Dermatitis Atópica

Historia Clínica

Anamnesis

Datos de Filiación:

- Nombre y Apellido: N/N
- Edad: 73 años
- Género: Masculino
- Raza: Mestizo
- Estado Civil: Viudo
- Instrucción: Básica
- Ocupación: Ninguno
- Lugar de Nacimiento: Cética
- Tipo de Seguro: Ninguno

Motivo de Consulta:

- Incontinencia urinaria
- Dermatitis atópica
- Hipotiroidismo

Enfermedad Actual

- Paciente de sexo masculino, 73 años, residente en el centro gerontológico, con una hija. Diagnosticado con hipotiroidismo hace 5 años, en tratamiento con Levotiroxina 50 mg diarios. Orientado en tiempo, espacio y persona. Signos vitales estables:

TA 130/80 mm Hg, FC 78 lpm, FR 17 rpm, temperatura 36°C, saturación 97%. Medidas antropométricas: Talla 1.45m, peso 50 kg, IMC 23.80 (categoría saludable). Incontinencia urinaria, usa pañal, lo cual presenta laceraciones en la piel, escozor y picor, además de estar en la zona caliente. Al valorar el estado de la piel, se encuentra seca, roja y caliente a la palpación.

Análisis del Caso

- La incontinencia urinaria en este paciente geriátrico de 73 años es una condición en la que la persona experimenta pérdida involuntaria de orina. El uso de pañales para adultos mayores facilita el manejo de los cuidadores/as como medida de manejo en higiene y confort. Sin embargo, el uso prolongado de estos pañales puede dar lugar a complicaciones cutáneas, especialmente en áreas sensibles como la zona genital y perineal. En el caso de estudio, el paciente presenta complicaciones como laceraciones en la piel, sensaciones de escozor y picor, así como una sensación de calor en la zona afectada, valorada al evaluar el estado de la piel en esta área sensible como la región genital. La piel del paciente se encontró con sequedad, enrojecimiento y aumento de la temperatura al tacto. La exposición prolongada a la humedad y al contacto con la orina y los productos químicos presentes en los pañales contribuyen al desarrollo de dermatitis asociada al uso de pañal.

Factores de Valoración

- Exposición a la humedad: La incontinencia urinaria provoca una exposición constante de la piel a la humedad debido a la presencia de orina. La humedad prolongada en la piel puede debilitar la barrera cutánea natural y aumentar la permeabili-

dad de la piel a los irritantes presentes en la composición del pañal.

- **Fricción y roce:** El uso de pañales puede causar fricción constante en áreas sensibles de la piel, como la región genital y perineal. Esta fricción puede irritar la piel y provocar abrasiones, laceraciones o lesiones menores que pueden predisponer a la dermatitis, además de dar origen a úlceras por presión.
- **Irritantes químicos:** Los pañales para adultos a menudo contienen productos químicos como perfumes, colorantes o agentes absorbentes que pueden irritar la piel, especialmente cuando están en contacto prolongado con la humedad de la orina. Estos irritantes pueden desencadenar reacciones inflamatorias en la piel y contribuir al desarrollo de dermatitis. Una de las sustancias presentes en la composición del pañal es la “Poliacrilato de Sodio” (Bernaola et al., 2021).
- **Falta de aireación:** El uso constante de pañales puede limitar la circulación de aire alrededor de la piel, creando un ambiente propicio para el crecimiento de bacterias y hongos, lo que aumenta el riesgo de infecciones cutáneas secundarias que pueden exacerbar la dermatitis.
- **Sensibilidad de la piel:** Las personas que sufren de incontinencia urinaria pueden tener una piel más sensible y vulnerable debido a la exposición repetida a la humedad y los irritantes. Esto significa que incluso pequeñas cantidades de orina o el contacto con productos químicos en los pañales pueden desencadenar una reacción cutánea adversa.

Antecedentes Patológicos Personales

- Hipotiroidismo diagnosticado hace 5 años

Antecedentes Patológicos Familiares

- Mamá con diabetes mellitus tipo II

Antecedentes Quirúrgicos y Traumáticos

- No refiere

Hábitos

- Diuresis: 8 veces al día, uso de pañal
- Alimentación: Alimentación de acuerdo con el requerimiento del paciente adulto mayor.
- Tabaco: Ninguno
- Alcohol: Ninguno

Condiciones Socioeconómicas

- Paciente de escasos recursos económicos, cuenta únicamente con la asistencia de una hija, la misma que lo internó en un centro gerontológico al no contar con los recursos necesarios y suficientes para el cuidado directo y asistencial.

Fuente de Información

- Para la elaboración del estudio de caso, la información presentada es tomada directamente del paciente.

Examen Físico

Signos Vitales:

- TA: 130/80 mm Hg
- FC: 76 Lpm
- FR: 12 rpm

- SatO₂: 93%
- T^a: 36.5 °C
- Peso: 60 Kg
- Talla/estatura: 158 cm
- Glasgow: 15/15

Examen Físico General:

- Paciente adulto colaborador al manejo e intervenciones de enfermería, presenta patologías de base como: diabetes mellitus II, hipotiroidismo, incontinencia urinaria asociada a una dermatitis.

Examen Región Anatómica:

- Cabeza: Normocefálica.
- Ojos: Pupilas reactivas a la fotoestimulación, isocorias, movilidad ocular conservada.
- Nariz: Fosas nasales permeables.
- Boca: Presencia de placa, dentadura incompleta.
- Oídos: Hipoacusia.
- Cuello: Móvil, no ingurgitación yugular.
- Tórax: Expansible y simétrico.
- Pulmones: Murmullo alveolar conservado.
- Abdomen: Suave y depresible a la palpación, presencia de ruidos hidroaéreos normales.

Extremidades:

- Superiores: Tono y fuerza disminuidos, llenado capilar < 3 segundos.
- Inferiores: No hay presencia de edema, tono y fuerza muscular no conservados, sensibilidad conservada.
- Región Genital: Presencia de dermatitis asociada al uso de pañal, a causa de la patología base del mismo que es la incontinencia urinaria.

Tratamiento Médico Indicado

- Tratamiento habitual continuar con patología de base: diabetes mellitus (metformina 850 mg) e hipotiroidismo (levotiroxina 50 mg).
- Tratamiento con óxido de zinc.
- Cambio de pañal cada 4 horas.
- Cambio de posición cada 2 horas.
- Alimentación saludable.
- Vitamina E una cápsula diaria.

Medidas Generales

- Cuidados de enfermería en paciente geriátrico.
- Cambio de posición cada dos horas.
- Monitoreo de signos vitales, especialmente temperatura.
- Valoración de la piel.
- Hidratación.

- Diuresis horaria.
- Peso diario.
- Aseo diario.
- Alimentación saludable para adulto mayor.
- Administración de vitamina E.
- Tratamiento tópico con óxido de zinc.
- Tratamiento habitual con medicación prescrita.

Fundamentación Medicación Administrada

Metformina 850 mg

- Indicaciones Terapéuticas: Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, especialmente en pacientes con sobrepeso.
- Mecanismo de Acción: Reduce la producción hepática de glucosa y aumenta la sensibilidad a la insulina en el tejido muscular.
- Posología y Administración: 850 mg una vez al día con alimentos.
- Contraindicaciones: Hipersensibilidad a la metformina, insuficiencia renal o hepática.
- Advertencias y Precauciones: Precaución en pacientes con insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, enfermedad hepática.
- Interacciones: Interactúa con diuréticos, corticosteroides, anticonceptivos orales, entre otros.

Levotiroxina 50 mg

- Indicaciones Terapéuticas: Tratamiento del hipotiroidismo.
- Mecanismo de Acción: Hormona tiroidea sintética que reemplaza la hormona tiroidea faltante.
- Posología y Administración: 50 a 100 microgramos una vez al día en ayunas.
- Contraindicaciones: Hipersensibilidad, infarto de miocardio agudo, insuficiencia suprarrenal no tratada.
- Advertencias y Precauciones: Precaución en pacientes con enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus.
- Interacciones: Interactúa con anticoagulantes, antidepresivos, antiácidos, entre otros.

Óxido de Zinc

- Indicaciones Terapéuticas: Tratamiento y prevención de irritaciones de la piel, incluyendo dermatitis del pañal.
- Mecanismo de Acción: Actúa como un agente protector y calmante para la piel irritada.

Posología y Administración:

Fundamentación de la Medicación Administrada

Metformina 850 mg

- Nombre del medicamento: Metformina 850 mg
- Indicaciones terapéuticas: Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, especialmente en pacientes con sobrepeso, cuando la dieta y el ejercicio solos no logran un control adecua-

do de la glucosa en sangre. Puede utilizarse en combinación con otros medicamentos antidiabéticos orales o insulina en pacientes con diabetes tipo 2 cuando estas terapias no proporcionan un control glucémico adecuado.

- **Mecanismo de acción:** La metformina actúa principalmente reduciendo la producción hepática de glucosa y aumentando la sensibilidad a la insulina en el tejido muscular, lo que lleva a una mejor utilización de la glucosa periférica y una disminución de los niveles de glucosa en sangre.
- **Posología y forma de administración:** La dosis habitualmente recomendada es de 850 mg una vez al día con alimentos, o según las indicaciones del médico. La dosis puede ajustarse individualmente según la respuesta del paciente y la tolerancia gastrointestinal. La tableta debe tragarse entera con un vaso de agua, no debe triturarse ni masticarse.

Contraindicaciones:

- Hipersensibilidad a la metformina u otros componentes del medicamento.
- Insuficiencia renal moderada o grave.
- Insuficiencia hepática.

Condiciones que pueden predisponer a la acidosis láctica (por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave).

Advertencias y precauciones:

Se debe tener precaución en pacientes con insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad hepática o cualquier otra

condición que pueda aumentar el riesgo de acidosis láctica.

La metformina puede causar deficiencia de vitamina B12 a largo plazo, por lo que se recomienda monitorear los niveles de esta vitamina en pacientes en tratamiento prolongado.

Puede provocar efectos secundarios gastrointestinales como náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal, que suelen ser transitorios y pueden reducirse al tomar el medicamento con alimentos.

Interacciones:

La metformina puede interactuar con algunos medicamentos, como ciertos diuréticos, corticosteroides, anticonceptivos orales y otros fármacos que afectan el metabolismo de la glucosa.

La metformina es un medicamento antidiabético que se utiliza combinado para tratar la diabetes tipo 2 en pacientes adultos mayores. Aunque no está directamente indicado para el tratamiento de la dermatitis, algunos estudios sugieren que la metformina puede tener efectos beneficiosos en la piel que podrían ser relevantes para pacientes con dermatitis.

Levotiroxina 50 mg

- Nombre del medicamento: Levotiroxina 50 mg
- Grupo farmacoterapéutico: Hormonas tiroideas
- Indicaciones terapéuticas: La levotiroxina se utiliza para el tratamiento del hipotiroidismo, una condición en la cual la glándula tiroides no produce suficiente hormona tiroidea.

- **Mecanismo de acción:** La levotiroxina es una forma sintética de la hormona tiroidea T4 (tiroxina), que reemplaza la hormona tiroidea que falta en el cuerpo. Actúa de manera similar a la hormona tiroidea natural y ayuda a regular el metabolismo y otras funciones del cuerpo.
- **Posología y forma de administración:** La dosis de levotiroxina varía según la gravedad del hipotiroidismo, la edad del paciente y otros factores. La dosis habitual para adultos es de 50 a 100 microgramos una vez al día, preferiblemente en ayunas, al menos 30 minutos antes del desayuno. La dosis debe ajustarse individualmente según la respuesta clínica y los resultados de las pruebas de función tiroidea.

Contraindicaciones:

- Hipersensibilidad a la levotiroxina o a cualquiera de los componentes del medicamento.
- Infarto de miocardio agudo no tratado.
- Insuficiencia suprarrenal no tratada.
- Hipertiroidismo no tratado y no controlado.

Advertencias y precauciones:

- Se debe tener precaución en pacientes con enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, insuficiencia suprarrenal, hipertiroidismo subclínico, y en pacientes mayores de 60 años.
- La levotiroxina puede interactuar con otros medicamentos, por lo que es importante informar al médico sobre todos los medicamentos que se están tomando.

Efectos adversos más frecuentes:

- Los efectos adversos más comunes incluyen síntomas de hipertiroidismo (si la dosis es demasiado alta), como palpitaciones, taquicardia, sudoración, pérdida de peso, nerviosismo e insomnio. También pueden ocurrir reacciones alérgicas en algunos casos.

Interacciones medicamentosas:

- La levotiroxina puede interactuar con otros medicamentos, como los anticoagulantes, los antidepresivos, los antiácidos, los antiarrítmicos, y los suplementos de hierro y calcio, entre otros.

La levotiroxina es un medicamento utilizado para tratar el hipotiroidismo, una condición en la cual la glándula tiroides no produce suficiente hormona tiroidea. Aunque la levotiroxina no está directamente indicada para el tratamiento de la dermatitis, su efecto en la regulación de la función tiroidea puede tener implicaciones indirectas en la salud de la piel de los pacientes adultos mayores con dermatitis.

Óxido de Zinc

- Nombre del medicamento: Óxido de Zinc
- Grupo farmacoterapéutico: Dermatológicos Preparados antiinfecciosos y antisépticos para uso tópico
- Indicaciones terapéuticas: El óxido de zinc tópico se utiliza principalmente para el tratamiento y la prevención de las

irritaciones de la piel, incluyendo dermatitis del pañal, quemaduras leves, rozaduras, irritaciones cutáneas y picaduras de insectos. También se utiliza en la protección de la piel contra la humedad y las irritaciones asociadas con el uso de dispositivos médicos, como colostomías o sondas.

- **Mecanismo de acción:** El óxido de zinc actúa como un agente protector y calmante para la piel irritada. Forma una barrera física que ayuda a prevenir la irritación adicional al aislar la piel del contacto con irritantes externos, como la orina, las heces, el sudor y los productos químicos.
- **Posología y forma de administración:** El óxido de zinc está disponible en diversas formas, como cremas, ungüentos, polvos y pastas. Se aplica tópicamente sobre la piel limpia y seca, según sea necesario. Se recomienda aplicar una capa fina y uniforme sobre el área afectada y renovar la aplicación según sea necesario.

Contraindicaciones:

- Hipersensibilidad conocida al óxido de zinc u otros componentes del medicamento.

Advertencias y precauciones:

- Se debe evitar el contacto del óxido de zinc con los ojos y las membranas mucosas. Si se produce irritación o sensibilidad al medicamento, se debe interrumpir su uso y consultar a un profesional de la salud.

Efectos adversos más frecuentes:

- El óxido de zinc tópico suele ser bien tolerado, pero en algu-

nos casos puede producir reacciones alérgicas locales, como enrojecimiento, picazón o irritación de la piel. Estos efectos suelen ser leves y transitorios.

Interacciones medicamentosas:

- No se conocen interacciones medicamentosas significativas con el óxido de zinc tópico.

El óxido de zinc crea una barrera física sobre la piel que protege contra irritantes externos, como la orina, las heces, el sudor y los productos químicos presentes en el ambiente. Esta acción protectora es especialmente importante en adultos mayores, cuya piel puede ser más delgada y frágil, lo que la hace más susceptible a la irritación y las lesiones.

Vitamina E (una cápsula diaria)

- Nombre del medicamento: Vitamina E
- Grupo farmacoterapéutico: Suplemento vitamínico
- Indicaciones terapéuticas: La vitamina E se utiliza como suplemento dietético para tratar deficiencias de vitamina E, así como para prevenir o tratar diversas condiciones médicas, como enfermedades cardiovasculares, enfermedades neurodegenerativas, trastornos de la piel, problemas oculares y otros.
- Mecanismo de acción: La vitamina E es un antioxidante liposoluble que ayuda a proteger las células del daño causado

por los radicales libres. También desempeña un papel en la regulación de la función inmunológica y en la protección de la integridad de las membranas celulares.

- **Posología y forma de administración:** La dosis y la forma de administración de la vitamina E pueden variar según la indicación y la formulación del producto. Por lo general, se toma por vía oral en forma de cápsulas, tabletas o aceite. La dosis recomendada varía según la edad, el sexo y las necesidades individuales. Se recomienda seguir las instrucciones del fabricante o las indicaciones de un profesional de la salud.

Contraindicaciones:

- Hipersensibilidad a la vitamina E o a cualquier componente del producto. También se debe tener precaución en personas con trastornos de la coagulación sanguínea, ya que la vitamina E puede aumentar el riesgo de sangrado en dosis elevadas.

Advertencias y precauciones:

- Se recomienda evitar el uso de dosis altas de vitamina E durante el embarazo y la lactancia, a menos que sea supervisado por un profesional de la salud. Además, se debe tener cuidado al combinar la vitamina E con otros suplementos o medicamentos, ya que puede interactuar con ciertos fármacos.

Efectos adversos más frecuentes:

- En general, la vitamina E es bien tolerada cuando se toma en dosis adecuadas. Sin embargo, en dosis elevadas, puede

causar efectos secundarios como náuseas, diarrea, dolor abdominal, fatiga, debilidad muscular y, en raras ocasiones, puede aumentar el riesgo de sangrado.

Interacciones medicamentosas:

La vitamina E puede interactuar con ciertos medicamentos, como anticoagulantes, antiplaquetarios, estatinas y otros suplementos antioxidantes. Se recomienda informar a un profesional de la salud sobre todos los medicamentos y suplementos que se estén tomando antes de comenzar a tomar vitamina E.

La vitamina E juega un papel importante en la salud de la piel, especialmente en pacientes adultos mayores con dermatitis. Aquí hay varias formas en que la vitamina E puede contribuir positivamente:

1. Propiedades antioxidantes: La vitamina E es un antioxidante potente que puede proteger la piel del daño causado por los radicales libres y la oxidación. Esto es particularmente relevante en la dermatitis, donde la inflamación y el estrés oxidativo pueden desempeñar un papel en el desarrollo y la exacerbación de los síntomas.

2. Protección de la piel: Protege la piel de los radicales libres que pueden dañar las células y causar envejecimiento prematuro. Los radicales libres están presentes en la vida diaria en forma de polución del aire, humo de cigarrillos y daños provocados por los rayos UV del sol. El uso de vitamina E ofrece un escudo protector contra estos elementos.

3. Fuentes alimenticias: La vitamina E se encuentra en una variedad de alimentos buenos para la salud. La FDA recomienda que los adultos consuman alrededor de 15 mg de vitamina E por día.

Fuentes alimenticias incluyen:

1 cucharada de aceite de germen de trigo (100% del valor diario de vitamina E).

1 onza de semillas de girasol tostadas secas (37% del valor diario).

½ taza de espinaca hervida (10% del valor diario).

2 cucharadas de mantequilla de maní (15% del valor diario).

También se puede encontrar vitamina E en alimentos fortificados como cereales y jugos.



Figura 45 Paciente con dermatitis en zona genital

Caso Clínico N°5: Dermatitis Atópica – Hipertensión Arterial – Fractura de Cadera (Resolución Quirúrgica)

Historia Clínica

Anamnesis:

Datos de filiación:

- Nombre y apellido: N/N
- Edad: 65 años
- Género: Femenino
- Raza: Mestizo
- Instrucción: Básica
- Ocupación: Ninguno
- Tipo de seguro: Ninguno

Motivo de consulta:

- Dermatitis atópica
- Hipertensión arterial
- Fractura de cadera hace 2 semanas con resolución quirúrgica

Enfermedad actual:

- El cuadro clínico de la paciente de 65 años, residente en el centro gerontológico, diagnosticada con dermatitis atópica, hipertensión arterial y una fractura de cadera con resolución quirúrgica hace 2 semanas. Además, la paciente toma enalapril de 10 miligramos y un diurético ASA de 10 mg. Presenta signos

vitales estables con una tensión arterial de 105/68 mmHg, frecuencia cardíaca de 76 lpm, frecuencia respiratoria de 18 rpm, temperatura de 36°C y saturación del 92%. Sus medidas antropométricas son una talla de 1.55 m y un peso de 52 kg. La paciente se encuentra inmovilizada debido a la dermatitis atópica en la piel, causada por alergia al látex.

- La dermatitis por contacto alérgico al látex puede presentarse en personas que utilizan guantes de látex con frecuencia, como en el caso de la paciente, y puede manifestarse con síntomas como urticaria, angioedema, conjuntivitis, rinitis, asma o incluso shock anafiláctico. La absorción del látex a través de la piel puede causar dermatitis de contacto, que se manifiesta con rojecimiento, descamación y la aparición de vesículas de contenido líquido, así como urticaria de contacto con erupción de ronchas o habones en las manos.

Antecedentes patológicos personales:

- Hipertensión desde hace 5 años

Antecedentes patológicos familiares:

- Madre con hipertensión arterial

Antecedentes quirúrgicos y traumáticos:

- Fractura de cadera

Hábitos:

- Diuresis: Uso de pañal
- Alimentación: De acuerdo con el requerimiento del paciente adulto mayor.

- Tabaco: Ninguno
- Alcohol: Ninguno

Condiciones socioeconómicas:

- Paciente de escasos recursos económicos, permanece en una casa asistencial para pacientes geriátricos.

Examen físico:

Signos vitales:

- TA: 105/68 mmHg
- FC: 76 lpm
- FR: 18 rpm
- SatO₂: 92%
- T^a: 36 °C
- Peso: 52 kg
- Talla/estatura: 155 cm
- Glasgow: 15/15

Examen físico general:

- Paciente adulta colaboradora al manejo e intervenciones de enfermería. Presenta patologías de base como hipertensión arterial y fractura de cadera por caída del andador. Además, al motivo de consulta presenta la piel roja, caliente y con sensación de picor, motivo aparente el uso del pañal y reacción al látex presente en los insumos usados por el personal de enfermería para el cambio del paciente.

Examen por región anatómica:

- Cabeza: Normocéfala.
- Ojos: Pupilas reactivas a la foto estimulación, isocorias, movilidad ocular conservada.
- Nariz: Fosas nasales permeables.
- Boca: Presencia de placa, dentadura incompleta, paciente presenta dentadura postiza.
- Oídos: Hipoacusia.
- Cuello: Móvil, no ingurgitación yugular.
- Tórax: Expansible y simétrico.
- Pulmones: Murmullo alveolar conservado.
- Abdomen: Suave y depresible a la palpación, presencia de ruidos hidroaéreos normales.

Extremidades:

- Superiores: Tono y fuerza disminuidos, llenado capilar < 3 segundos.
- Inferiores: No hay presencia de edema, tono y fuerza muscular no conservada, movilidad limitada por presencia de fractura en cadera.
- Región genital: Presencia de dermatitis asociada al uso de pañal, a causa de la presencia de látex en los guantes del cuidador.

Tratamiento médico indicado:

- El tratamiento para un paciente con alergia al látex y una frac-

tura de cadera debe abordar tanto la gestión de la alergia como la recuperación de la fractura. Dado que la paciente presenta dermatitis atópica debido a la alergia al látex, es crucial evitar el contacto con productos que contengan látex, como los guantes de látex, y utilizar alternativas seguras. Además, se deben tomar medidas preventivas para evitar la exposición al látex durante la atención médica y quirúrgica, como la creación de zonas libres de látex en el entorno hospitalario.

- En cuanto a la fractura de cadera, el tratamiento puede incluir medidas para controlar el dolor, terapia física para la rehabilitación y cuidados postoperatorios. Es importante seguir las indicaciones médicas específicas para la recuperación de la fractura, que pueden incluir restricciones de movimiento, terapia de rehabilitación y medicación para el manejo del dolor.
- Es fundamental que el equipo médico esté al tanto de la alergia al látex de la paciente y tome las precauciones necesarias para evitar la exposición durante cualquier procedimiento médico o quirúrgico. El manejo integral de la alergia al látex y la fractura de cadera debe ser supervisado por profesionales de la salud con experiencia en el tratamiento de ambas condiciones.

Medidas generales:

- Tratamiento habitual para hipertensión arterial: enalapril 10 mg
- Lisozima en crema, aplicar 2 veces al día
- Cambio de pañal cada 4 horas
- Cambio de posición cada 2 horas

- Alimentación saludable
- Vitamina E, una cápsula diaria
- Cuidados de enfermería en paciente geriátrico
- Monitoreo de signos vitales, especialmente temperatura
- Valoración de la piel
- Hidratación
- Diuresis horaria
- Peso diario
- Aseo diario
- Tratamiento tópico con óxido de zinc
- Paracetamol 500 mg cada 8 horas
- Continuar con la presencia de férula
- Identificar signos y síntomas de alarma de la herida y alergia

Fundamentación de la Medicación Administrada

Metformina 850 mg

- La metformina es un medicamento antidiabético oral que se utiliza para tratar la diabetes tipo 2. Ayuda a controlar los niveles de azúcar en la sangre al disminuir la producción de glucosa en el hígado y aumentar la sensibilidad a la insulina en los tejidos musculares.
- Indicaciones terapéuticas: Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, especialmente en pacientes con sobrepeso, cuando la dieta y el ejercicio solos no logran un control adecuado de la glucosa en sangre.

- **Mecanismo de acción:** La metformina actúa principalmente reduciendo la producción hepática de glucosa y aumentando la sensibilidad a la insulina en el tejido muscular, lo que lleva a una mejor utilización de la glucosa periférica y una disminución de los niveles de glucosa en sangre.
- **Posología y forma de administración:** La dosis habitualmente recomendada es de 850 mg una vez al día con alimentos, o según las indicaciones del médico. La dosis puede ajustarse individualmente según la respuesta del paciente y la tolerancia gastrointestinal. La tableta debe tragarse entera con un vaso de agua, no debe triturarse ni masticarse.
- **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la metformina u otros componentes del medicamento, insuficiencia renal moderada o grave, insuficiencia hepática, condiciones que pueden predisponer a la acidosis láctica (por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave).
- **Advertencias y precauciones:** Se debe tener precaución en pacientes con insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad hepática o cualquier otra condición que pueda aumentar el riesgo de acidosis

Fundamentación de la Medicación Administrada en Dermatitis Atópica

Liozima Crema

- **Nombre del medicamento:** Liozima crema
- **Ingrediente activo:** Liozima

- Clasificación: Enzima natural con propiedades antimicrobianas
- Indicaciones:
 - Cicatrización de heridas
 - Quemaduras leves
 - Infecciones cutáneas leves
- Modo de acción: La lisozima actúa rompiendo las paredes celulares de ciertas bacterias, lo que ayuda a prevenir o tratar infecciones superficiales de la piel.
- Contraindicaciones: Las contraindicaciones específicas pueden variar según la formulación y otros ingredientes presentes en la crema. Es importante seguir las indicaciones del médico o las instrucciones del prospecto proporcionado por el fabricante.
- Efectos secundarios: Los efectos secundarios son generalmente poco comunes con el uso tópico de lisozima, pero algunas personas pueden experimentar irritación localizada, enrojecimiento o picazón en el área de aplicación. Si se experimentan efectos secundarios adversos, se debe dejar de usar el producto.

Vitamina E

- Nombre del medicamento/suplemento: Vitamina E (alfa-tocoferol)
- Descripción: La vitamina E es un antioxidante liposoluble que desempeña un papel importante en la protección de las células

del cuerpo contra el daño oxidativo causado por los radicales libres.

Indicaciones:

- Tratamiento o prevención de deficiencias de vitamina E
- Soporte a la salud del corazón, la piel y el sistema inmunológico
- Dosificación: La dosis recomendada de vitamina E puede variar según la edad, el sexo y otras condiciones individuales. Se recomienda seguir las indicaciones del médico o las instrucciones del prospecto del producto específico. La dosis típica para adultos suele ser de 15 a 30 mg por día, pero puede ser más alta en ciertos casos.
- Contraindicaciones: La vitamina E generalmente se considera segura en dosis normales, pero puede interactuar con ciertos medicamentos o aumentar el riesgo de sangrado en personas que toman anticoagulantes. Las personas con ciertos trastornos de la coagulación sanguínea deben consultar a un médico antes de tomar suplementos de vitamina E.
- Efectos secundarios: En dosis altas, puede causar efectos secundarios como náuseas, diarrea, dolor abdominal, fatiga, debilidad muscular y, en raras ocasiones, puede aumentar el riesgo de sangrado.
- Advertencias y precauciones: Es importante seguir las recomendaciones de dosificación y no exceder la dosis recomendada sin consultar a un médico. También es importante elegir productos de alta calidad y almacenar la vitamina E adecuadamente para mantener su eficacia.

Óxido de Zinc

- Nombre del producto: Óxido de zinc
- Ingrediente activo: Óxido de zinc
- Descripción: El óxido de zinc es un mineral utilizado en productos tópicos debido a sus propiedades antiinflamatorias, astringentes y protectoras de la piel.

Indicaciones:

- Tratamiento y prevención de quemaduras solares
- Irritaciones cutáneas
- Dermatitis del pañal
- Rozaduras, heridas leves y picaduras de insectos
- Modo de acción: El óxido de zinc actúa formando una barrera protectora en la superficie de la piel que ayuda a prevenir la irritación y promueve la cicatrización de heridas. También tiene propiedades calmantes y antiinflamatorias que pueden aliviar la piel irritada.
- Contraindicaciones: El óxido de zinc es generalmente seguro para su uso tópico, pero algunas personas pueden ser alérgicas o sensibles a este ingrediente. Si se experimentan irritación, enrojecimiento, picazón u otros signos de reacción alérgica, se debe suspender su uso y consultar a un médico.
- Efectos secundarios: Los efectos secundarios del óxido de zinc son raros cuando se usa tópicamente, pero en casos raros, puede causar irritación de la piel. Si se experimentan efectos secundarios adversos, se debe dejar de usar el producto y buscar atención médica si es necesario.

- Advertencias y precauciones: Es importante seguir las instrucciones de uso del producto y evitar el contacto con los ojos y las membranas mucosas. Si se está embarazada, amamantando o se tiene alguna condición médica preexistente, se debe consultar a un médico antes de usar productos que contengan óxido de zinc.



Figura 46. Dermatitis atópica por contacto con látex

Caso clínico N°6: Dermatitis atópica – Hipotiroidismo – Insuficiencia vascular y úlcera por presión

Anamnesis

Datos de filiación

- Nombre y apellido: N/N
- Edad: 92 años
- Género: Femenino
- Raza: Mestizo
- Instrucción: Primaria
- Ocupación: Ninguna
- Tipo de seguro: Ninguno

Motivo de consulta

- Dermatitis atópica
- Hipotiroidismo
- Insuficiencia vascular
- Úlcera por presión

Enfermedad actual

- Dermatitis atópica: La paciente presenta una afección crónica de la piel caracterizada por sequedad, picazón, enrojecimiento y la formación de parches escamosos. La dermatitis atópica puede ser exacerbada por diversos factores, incluidos los desencadenantes alérgicos y los cambios en el clima.

- **Hipotiroidismo:** Se observa una disminución en la función de la glándula tiroidea, lo que conlleva a una producción insuficiente de hormonas tiroideas. Esto puede resultar en síntomas como fatiga, aumento de peso, sensibilidad al frío, piel seca y pérdida de cabello, entre otros.
- **Insuficiencia vascular:** La paciente muestra signos de una disminución en el flujo sanguíneo hacia ciertas partes del cuerpo debido a problemas en el sistema vascular. Esto puede manifestarse como edema en las extremidades, dolor, sensación de pesadez en las piernas, úlceras en las extremidades inferiores y una cicatrización lenta de las heridas.
- **Úlcera por presión:** La paciente presenta una lesión en la piel causada por la presión prolongada sobre una determinada área del cuerpo, generalmente en áreas donde los huesos están cerca de la piel, como los talones, los codos, la parte inferior de la espalda y las caderas. Las úlceras por presión son más comunes en personas que tienen dificultades para moverse y que pasan mucho tiempo en la cama o en una silla de ruedas.

Antecedentes patológicos personales

- Hipertensión
- Hipotiroidismo

Antecedentes patológicos familiares

- Ninguno

Antecedentes quirúrgicos y traumáticos

- Ninguno

Hábitos

- Diuresis: Uso de pañal
- Alimentación: De acuerdo con el requerimiento del paciente adulto mayor
- Tabaco: Ninguno
- Alcohol: Ninguno

Condiciones socioeconómicas

- Paciente de escasos recursos económicos, permanece en casa asistencial para pacientes geriátricos

Examen físico

Signos vitales

- TA: 110/60 mmHg
- FC: 78 lpm
- FR: 16 rpm
- SatO₂: 95%
- T^a: 35.7 °C
- Peso: 50 kg
- Talla/estatura: 1.45 m
- Glasgow: 15/15

Examen físico general

- Paciente adulta colaboradora al manejo e intervenciones de en-

fermería, presenta patologías de base como hipertensión arterial y hipotiroidismo. El motivo de consulta es la presencia de piel seca, color rojizo, y sensación de picor sin causa aparente.

Examen de región anatómica

- Cabeza: Normocéfala
- Ojos: Pupilas reactivas a la fotoestimulación, isocóricas, movilidad ocular conservada
- Nariz: Fosas nasales permeables
- Boca: Presencia de placa dental
- Oídos: De forma y tamaño normales
- Cuello: Móvil, sin ingurgitación yugular
- Tórax: Expansible y simétrico
- Pulmones: Murmullo alveolar conservado
- Abdomen: Suave y depresible a la palpación, presencia de ruidos hidroaéreos normales

Extremidades:

- Superiores: Tono y fuerza disminuidos
- Inferiores: Tono y fuerza muscular no conservados, movilidad limitada, usa bastón para caminar

Inspección de la piel

- La piel del paciente se presenta seca y áspera al tacto, con presencia de escamas visibles en diferentes áreas del cuerpo, especialmente en las zonas expuestas al aire. Se observa enro-

jecimiento difuso en algunas áreas, indicativo de inflamación cutánea.

- Prurito: El paciente refiere una sensación de picor constante en la piel afectada, lo que coincide con el hallazgo de enrojecimiento y descamación.
- Localización de los síntomas: Los síntomas de piel seca, escamosa, picor y enrojecimiento se observan principalmente en las extremidades, el tronco y el cuero cabelludo.

Tratamiento médico indicado para la dermatitis atópica

- Hidratación cutánea: Se recomienda el uso de cremas o ungüentos emolientes de alta calidad para hidratar la piel seca y restaurar la barrera cutánea (HIDRAT).
- Tratamiento del picor: Administración de antihistamínicos orales (loratadina de 10 mg una vez al día).
- Cuidado de la piel: Se instruye al cuidador/a sobre técnicas de cuidado de la piel para minimizar la irritación y prevenir el empeoramiento de los síntomas. Esto incluye evitar baños calientes y prolongados, utilizar jabones suaves y sin fragancia, y evitar el rascado excesivo.
- Uso de prendas de vestir suaves y transpirables que no irriten la piel y evitar el contacto con materiales que puedan desencadenar una reacción alérgica.

Fundamentación Medicación Administrada

Crema Hidrat

- Ingredientes activos: Urea al %

Indicaciones:

- Hidratación y suavización de la piel seca.
- Mejora de la barrera cutánea.
- Alivio de la irritación y picazón asociadas con la piel seca.
- Puede usarse en el rostro, manos, cuerpo u otras áreas secas de la piel.

Modo de uso:

- Aplicar una cantidad suficiente de crema en la piel limpia y seca.
- Masajear suavemente hasta que la crema se absorba completamente.
- Puede aplicarse según sea necesario, preferiblemente después del baño o en cualquier momento del día.

Contraindicaciones:

- Evitar el contacto con los ojos y mucosas.

Efectos secundarios:

- Los efectos secundarios son raros y suelen ser leves.
- Posible irritación cutánea en personas con piel sensible o alergias a ciertos ingredientes.

Advertencias y precauciones:

- Solo para uso externo.
- Mantener fuera del alcance de los niños.

- No ingerir. En caso de ingestión accidental, buscar atención médica.
- Almacenar en un lugar fresco y seco, lejos de la luz solar directa.

Loratadina

Cada tableta contiene:

- Loratadina 10 mg.
- Otros ingredientes pueden incluir lactosa, celulosa microcristalina, almidón pregelatinizado y estearato de magnesio.

Indicaciones:

- Alivio de los síntomas asociados con la rinitis alérgica, como estornudos, secreción nasal y picazón en la nariz o garganta.
- Tratamiento del picor y la urticaria asociados con condiciones alérgicas en la piel.

Modo de uso:

- La dosis recomendada para adultos y niños mayores de 12 años es de 10 mg una vez al día.
- La loratadina puede tomarse con o sin alimentos.
- Las tabletas deben tragarse enteras con un vaso de agua.

Contraindicaciones:

- Hipersensibilidad a la loratadina o a alguno de sus componentes.
- No se recomienda su uso en niños menores de 2 años.

- Se debe tener precaución en pacientes con insuficiencia hepática grave.

Efectos secundarios:

- Los efectos secundarios son poco comunes y suelen ser leves.
- Pueden incluir somnolencia, dolor de cabeza, sequedad de boca, fatiga y dolor menstrual en mujeres.



Figura 47. Dermatitis atópica



Capítulo 3

Psoriasis

Las alteraciones de piel y tejidos tegumentarios son comunes en los adultos mayores, entre las que se pueden encontrar las úlceras por presión (UPP), urticaria, rash cutáneo, psoriasis y úlceras vasculares, que desmejoran el estado de salud. Es por ello que dentro de las alteraciones de piel y tejidos tegumentarios encontramos muy comúnmente la psoriasis.

La psoriasis es una dermatosis crónica, recidivante, inflamatoria y proliferativa, de causas desconocidas con múltiples factores desencadenantes y de compleja resolución. Se caracteriza por placas eritematosas, cursa por brotes, con hallazgos clínicos variables y con manifestaciones cutáneas particulares. Las placas son eritematosas con escamas blanquecinas, bien delimitadas, simétricas, de bordes netos, ligeramente elevadas, de forma y extensión variables, con signo de Auspitz y fenómeno de Koebner positivos (Maria et al., 2003).

En estos últimos años, la psoriasis ha tomado diferentes definiciones. Esquivel et al. (2018) indican que una definición actualizada incluye múltiples conceptos fisiopatológicos que hay que tomar en cuenta para comprender mejor esta enfermedad y ofrecer nuevas alternativas terapéuticas disponibles en el proceso de investigación y desarrollo de terapéuticas favorables.

La psoriasis es una enfermedad condicionada genéticamente, con

genes predisponentes en distintos cromosomas involucrados en la patogenia de la enfermedad.

A escala mundial, su prevalencia es de 0.09% y el 11.4%, mientras que en la mayoría de países desarrollados varía entre 1.5% y el 5%. En Ecuador, esta patología tiene una alta prevalencia en consulta dermatológica. Según los datos estadísticos del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) de Quito, entre 1995 y 2002 se registraron 290 pacientes, con una prevalencia del 1.1% de las consultas nuevas. Para el periodo 2010-2017 se registraron 950 pacientes con esta enfermedad (Guerrero et al., 2021).

Desde el punto de vista regional, los casos de esta patología se presentan en cifras relativamente bajas, pero sus diagnósticos generan complicaciones en adultos mayores. Se considera que 100 millones de personas son afectadas por psoriasis, de las cuales el 25% tienen cuadros de moderados a graves (Luna et al., 2021).

Etiología

La psoriasis es una enfermedad crónica, multifactorial e inflamatoria que afecta primordialmente la piel y las articulaciones, no es contagiosa y su lesión elemental es una placa o escama prurítica, que aparece con mayor frecuencia en las zonas de flexión, cuero cabelludo, palmas y plantas de los pies. Implica la interacción compleja entre las células constitutivas de la piel y las respuestas innata y adaptativa del sistema inmunológico.

Esquivel et al. (2018) manifiestan que en los últimos años se ha puesto en evidencia el papel del sistema inmune en la psoriasis, lo que ha permitido comprender mejor la fisiopatología de la enfermedad. Las lesiones psoriásicas se caracterizan por un aumento de la infiltración de los linfocitos T. Se estima que un paciente con 20% de

la superficie de la piel afectada tendrá unos 8 billones de células T en la sangre, mientras que 20 millones se localizarán en la dermis y la epidermis. Los estudios inmunohistoquímicos indican que la dermis contiene linfocitos T CD4+, macrófagos y células dendríticas (CD), mientras que los linfocitos T CD8 predominan en la epidermis.

Los estudios genéticos han identificado nueve loci de susceptibilidad para la psoriasis (PSOR1 a PSORS9). Uno de los principales genes es PSORS1, una región de 220 kb en el complejo mayor de histocompatibilidad, localizado en el cromosoma 6p21, con el cual se explica entre el 35% y el 50% de heredar la enfermedad.

Además, distintos factores ambientales como infecciones, estrés, medicamentos, radiación ultravioleta y traumatismos en la piel pueden desencadenar o agravar la enfermedad. También es importante conocer que el mecanismo inflamatorio es similar al de enfermedades como la artritis reumatoide (AR), la esclerosis múltiple (ELA), la enfermedad inflamatoria intestinal crónica y la arterioesclerosis. En todas estas enfermedades existen mecanismos inflamatorios mediados por células que liberan citoquinas que se fijan a los receptores de la superficie de otras células.

Por lo tanto, hoy se considera a la psoriasis como una enfermedad crónica y sistémica de base genética e inmunológica, y desde el punto de vista del paciente, es una enfermedad altamente incapacitante por sus repercusiones sociales, económicas y, sobre todo, psicológicas, que lo conducen a ser discriminado y al aislamiento como consecuencia de ello (Esquivel et al., 2018).

Factores de riesgo

Uno de los principales factores de riesgo son las comorbilidades. La psoriasis es una enfermedad multifactorial en la que las personas

de la tercera edad pueden verse afectadas debido a que están sometidas a una serie de cargas emocionales que luego se somatizan en el cuerpo como un mecanismo de defensa para responder a las diferentes agresiones que enfrentan diariamente en entornos con limitadas opciones lúdicas para convivir con ellos mismos y con personas de su entorno.

Dentro de los factores de riesgo que puede manifestar esta enfermedad, se ha demostrado que las personas con psoriasis tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónico-degenerativas respecto a la población general. Estas enfermedades incluyen artritis psoriásica (APS), síndrome metabólico, trastornos cardiovasculares, cáncer, enfermedad inflamatoria intestinal, ansiedad, depresión y hígado graso no alcohólico, las cuales contribuyen sustancialmente a la morbilidad y mortalidad en pacientes con psoriasis (Luna et al., 2021).

La afección más frecuente relacionada con esta patología es la artritis psoriásica, que generalmente afecta a cuatro o menos articulaciones de forma simétrica. También se asocia a otras manifestaciones extraarticulares como uveítis crónica o dactilitis, las cuales suelen aparecer después de diez años de la aparición de las lesiones cutáneas.

Es necesario indicar que la psoriasis puede manifestarse debido a factores de riesgo como las vacunas, que entre sus reacciones adversas pueden desencadenar y exacerbar la patología, aunque su incidencia es muy baja.

Un dato importante es el de Hidalgo et al. (2021), quienes mencionan que infecciones bacterianas como *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, hongos como *Candida albicans*, virus del papiloma, virus retrovirus endógenos y el tabaco, ya que fumar aumenta el

estrés oxidativo y estimula la producción de radicales libres nocivos.

En la Tabla 13, se dan a conocer los factores de riesgo que más se involucran en los pacientes de la tercera edad, como son los cambios o ajustes que ocurren en la función de tejidos, órganos y sistemas como consecuencia de la variabilidad de las condiciones ambientales. Son consecuencia de procesos de adaptación frente a circunstancias de exigencia física y psicológica.

La aparición de un estresor físico o psicológico activará estructuras del tallo cerebral o del sistema límbico, respectivamente. Dichas regiones establecerán comunicación con el NPV, el cual sintetiza la hormona liberadora de corticotropina (CRH), que es liberada por las terminaciones nerviosas en la eminencia media, para luego ingresar a la circulación sanguínea portal y ser transportada al lóbulo anterior de la hipófisis, donde estimulará la secreción de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) desde las células corticotropas. Por su parte, la ACTH será la encargada de promover la secreción de cortisol desde la corteza suprarrenal, provocando de manera significativa la dismi-

Tabla 13. Factores de Riesgo Para Psoriasis en Adultos Mayores

Factores extrínsecos	Falta de exposición al Sol Vacunas como la Influenza Adenovirus COVID-19 Infecciones Bacterianas. Tabaco Alcohol. Falta de ejercicio
Factores Intrínsecos	Estrés Psicológico Enfermedades emocionales. Enfermedades metabólicas Artritis Reumatoide Erisipela

nución de las defensas del organismo, produciendo el aumento de citoquinas como resultado de la inflamación del tejido y facilitando la erupción de las placas características de la psoriasis (González, 2021).

Cuadro Clínico

La psoriasis es una enfermedad crónica mediada por el sistema inmune, caracterizada por el desarrollo de placas cutáneas eritematosas, escamosas, pruríticas y, a veces, dolorosas, con un cuadro clínico muy característico para el diagnóstico y tratamiento.

Ciertos signos y síntomas característicos de esta enfermedad incluyen placas eritematosas bien delimitadas cubiertas por escamas de color blanco plateado, de forma simétrica, que aparecen en los codos, rodillas, el tronco y el cuero cabelludo. Los inicios de psoriasis se desencadenan cuando los factores genéticos o ambientales activan las células dendríticas plasmacitoides, lo que produce numerosas citocinas proinflamatorias, incluido el factor de necrosis tumoral, que estimulan la hiperproliferación de queratinocitos, produciendo inflamación crónica (Carranza et al., 2020).

Entre los signos y síntomas comunes de psoriasis se incluyen los siguientes:

- Una erupción irregular cuyo aspecto varía mucho de persona a persona, desde unos pocos puntos de escamas similares a la caspa hasta erupciones importantes en gran parte del cuerpo.
- Erupciones que varían en color y tienden a ser de tonos violáceos con escamas grises en pieles morenas o negras, o de tonos rosados o rojizos con escamas plateadas en pieles blancas.
- Pequeños puntos escamados (se presentan comúnmente en niños).

- Piel agrietada y seca que es posible que sangre.
- Picazón, ardor o irritación.
- Erupciones cíclicas que aparecen durante unas pocas semanas o meses y luego desaparecen.

Por todos estos signos y síntomas, es importante que el médico clínico o reumatólogo precise la clínica de esta enfermedad crónica y de larga duración para tratar de mejor manera este problema que produce daño en la piel y en otras partes del organismo (Mayo Clinic, 2022).

En la Figura 48, podemos visualizar un trastorno crónico inmunitario traumático por exposición a una injuria que produce en la piel este tipo de psoriasis, que se presenta en la forma clásica como placas confluentes eritematosas, escamas micáceas con bordes bien definidos y delimitados (injuria en la piel, autodaño, lesiones autofligidas, que pueden afectar otros tejidos).

Esto no solo compromete a la piel, sino que puede afectar a diferentes órganos, sabiendo que es una enfermedad sistémica que puede

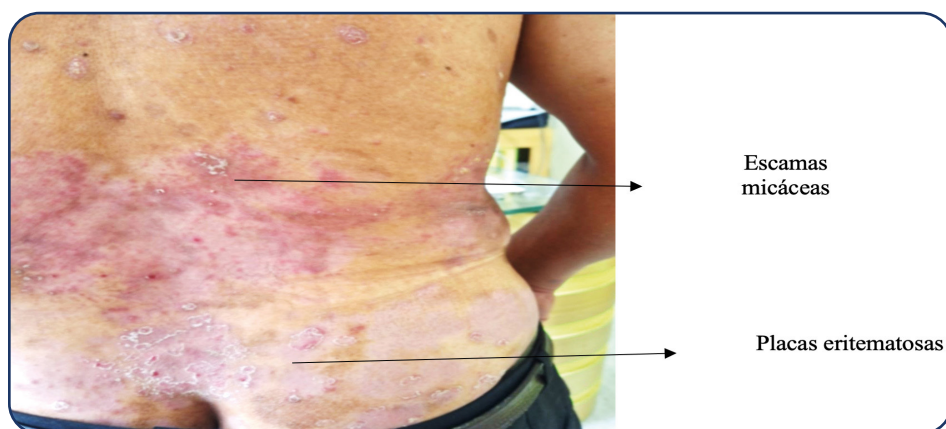


Figura 48. Principal manifestación clínica de la psoriasis

desencadenar una cascada inflamatoria en cualquier parte del cuerpo debido a que los antígenos de la piel activan las células dendríticas y los neutrófilos que liberan citoquinas, resultando en una inflamación continua. Una enfermedad sistémica significa que afecta al cuerpo entero, en lugar de una sola parte o un solo órgano. Un antígeno es una sustancia que puede provocar una respuesta inmune. Por regla general, los antígenos son sustancias que no se encuentran usualmente en el cuerpo. Las citocinas son pequeñas proteínas que refuerzan el sistema inmunitario y pueden desencadenar dolor promoviendo la inflamación y el enrojecimiento de la piel (Mediplus, 2023).

Por lo tanto, es necesario realizar y conocer que el diagnóstico de psoriasis es clínico. Existen diferentes tipos clínicos de psoriasis, siendo el más común la psoriasis en placas crónica o también llamada psoriasis vulgar. La lesión clásica son las placas bien delimitadas, simétricas y eritematosas con escamas plateadas superpuestas. Las placas se encuentran típicamente en el cuero cabelludo, el tronco, las nalgas y las extremidades (codos y rodillas), pero pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo. El examen físico debe incluir un examen de la lesión primaria y otras áreas comúnmente afectadas por la psoriasis. Se deben examinar las uñas y las articulaciones para detectar cualquier cambio compatible con la psoriasis, y se deben tomar los antecedentes familiares para dilucidar aún más el diagnóstico (Hidalgo et al., 2021).

Diagnóstico y exámenes complementarios

Durante el desarrollo del tema sobre la psoriasis se ha acentuado la intención de conocer cuál es la clínica y el comportamiento de esta enfermedad. No es necesario realizar análisis de sangre para poder corroborar el diagnóstico, por lo que se consideran muy pocos exá-

menes complementarios de laboratorio clínico. Sin embargo, es necesario abordar otros exámenes de mayor relevancia para este cuadro clínico.

Es necesario examinar una pequeña muestra de la piel al microscopio, lo cual se puede realizar a través de una maniobra exploratoria clásica de la placa de psoriasis, que consiste en el raspado metódico de Brocq, realizado con una cucharilla metálica sobre una placa sin tratar.

Puede apoyarse el diagnóstico con la realización de una posible analítica en sangre para verificar los valores de la fórmula leucocitaria, como los granulocitos basófilos, para detectar inflamación.

En la Figura 49, el cuadro clínico de psoriasis se caracteriza por la presencia de placas eritematosas, bien delimitadas, cubiertas por escamas nacaradas, localizadas preferentemente en planos de extensión, como codos y rodillas, y en el cuero cabelludo. Las lesiones pueden variar en tamaño y forma, pero suelen ser redondeadas o ovaladas y tener un borde bien definido. Las escamas pueden ser gruesas y blanquecinas o plateadas.



Figura 49. Cuadro clínico del paciente con psoriasis

El diagnóstico temprano de psoriasis es fundamental para controlar la enfermedad y prevenir complicaciones. La detección precoz permite iniciar el tratamiento adecuado y reducir la gravedad y expansión de las lesiones. Además, un diagnóstico preciso es crucial para establecer un tratamiento efectivo. El médico tratante debe ser consciente de la fisiopatología, manifestaciones clínicas y complicaciones que puede generar la psoriasis para poder establecer un diagnóstico claro y un tratamiento adecuado.

Intervenciones Farmacológicas

En la Tabla 14 se muestra que actualmente existen diferentes alternativas autorizadas para el tratamiento farmacológico de la psoriasis. Como grupo de investigación, se propone el siguiente esquema terapéutico.

En la Figura 50, se muestra la importancia de un tratamiento adecuado y su control médico, lo cual aporta visiblemente al mantenimiento de la salud y la calidad de vida del paciente, evitando complicaciones clínicas futuras como enfermedades crónicas degenerativas, diabetes mellitus, problemas renales, entre otras.

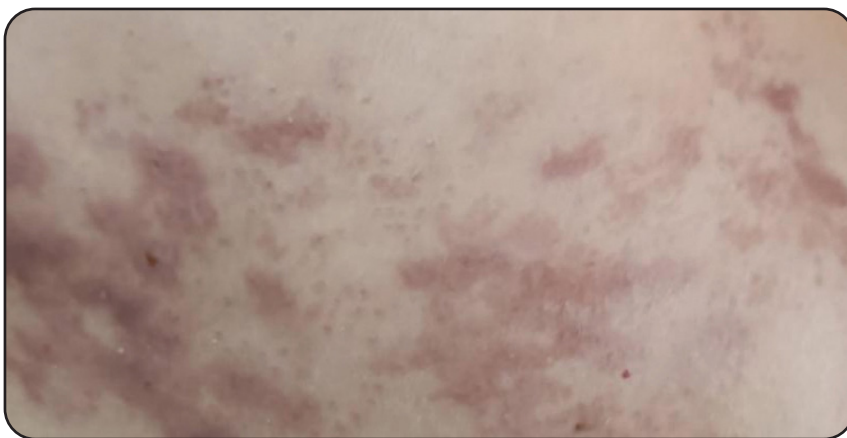


Figura 50. Paciente después de recibir tratamiento farmacológico

Tabla 14. Esquema terapéutico para Psoriasis

Vitamina C	Gracias a su poder antioxidante eleva las barreras del sistema inmunitario y protege a las células de los radicales libres. Es una alternativa eficaz en el tratamiento de psoriasis.
Vitamina E	Esta vitamina es un nutriente importante para la visión, la reproducción, el cerebro y la regeneración de la piel.
Vitamina A	La vitamina A la misma que es beneficiosa para el bienestar visual, el desarrollo y fortalecimiento de los huesos y dientes, y por su capacidad de dar al organismo una respuesta inmunitaria, también protege la piel por los daños causados por la psoriasis.
Vitamina D3	Se ha convertido en la vitamina de elección en psoriasis debido a su gran poder de mantener el sistema inmunitario y esquelético y es esencial para el perfecto desarrollo musculo esquelético y emocional.
El Calostro bovino	El cual es muy rico en inmunoglobulinas, vitaminas, minerales, oligoelementos, ayudando a fortalecer el sistema inmunológico del organismo y mejorando el sistema gastrointestinal.
Los Probióticos	Son alimentos o suplementos que contienen microorganismos vivos, que mantiene y mejoran la microbiota, aumentando la producción de macrófagos y las defensas del organismo.
Ozono Tópico (O3)	Es un componente ozonizado que liberan factores de crecimiento a través de los tejidos locales remodelando su expresión y estimulando la actividad proliferativa de los fibroblastos y de la queratina.
Tratamientos Biológicos	Los tratamientos biológicos (etanercept, infliximab, adalimumab, ustekinumab, secukinumab, ixekizumab) son fármacos de reciente aparición. Los tratamientos biológicos están indicados en las formas graves de psoriasis, son de segunda elección y es necesario que los pacientes no hayan respondido a los tratamientos sistémicos clásicos.

Pronóstico y complicaciones

Se indica científicamente que la psoriasis es una enfermedad sistémica, caracterizada por la presencia de varias características clínicas. La afectación cutánea puede producir lesiones descamativas y pruriginosas, afectar las articulaciones y generar otras enfermedades asociadas como el riesgo cardiovascular o patología digestiva.

El pronóstico y tratamiento dependerán del grado de la enfermedad. Sin embargo, hay que destacar que existen múltiples tratamientos y otros en estudio que son prometedores, como las células madre, vitamina B12 y la creación de piel humana artificial, entre otros. Los tratamientos utilizados desde hace un tiempo van desde tópicos a sistémicos no biológicos (Campuzan et al., 2022).

El pronóstico de la psoriasis es impredecible, ya que no hay una cura definitiva y los brotes pueden variar en intensidad y duración. Además, la psoriasis es una enfermedad crónica que puede evolucionar a brotes de intensidad variable, como se explica en la Figura 51. Su gravedad puede variar desde leves lesiones hasta formas graves que afectan significativamente la calidad de vida.

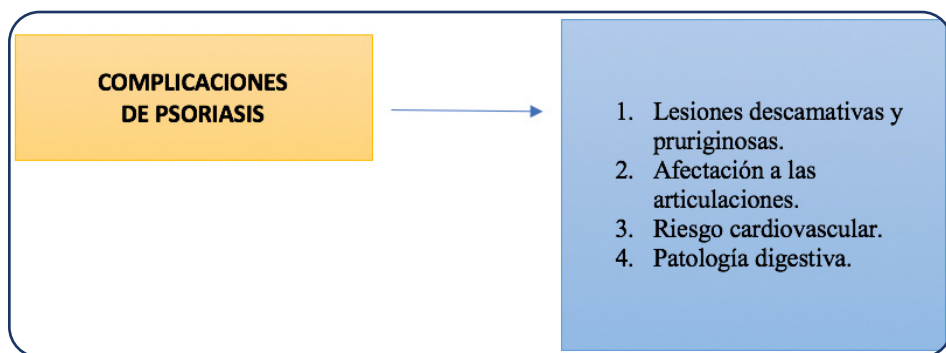


Figura 51. Pronóstico y complicaciones de psoriasis

Caso clínico N° 7: Espondilitis psoriásica A

Historia clínica

Anamnesis:

Datos de filiación:

- Nombre y apellido: NN
- Edad: 68
- Género: Masculino
- Raza: Mestizo
- Estado civil: Viudo
- Instrucción: Secundaria, 3° curso
- Ocupación: Jubilado
- Lugar de nacimiento: 30-09-1956
- Tipo de seguro: Social Campesino

Motivo de la consulta:

- Aparición de lesiones cutáneas en diferentes partes del cuerpo.

Enfermedad actual:

- El Sr. NN ha notado la aparición con mayor frecuencia de lesiones cutáneas en diferentes partes de su cuerpo durante los últimos seis meses. Estas lesiones son rojas, elevadas y con escamas plateadas en la superficie. Se queja de picazón intensa y molestias asociadas con las lesiones. Las áreas afectadas incluyen codos, rodillas, cuero cabelludo y parte baja de la espalda.

A pesar de haber utilizado cremas hidratantes y tratamientos tópicos de venta libre, las lesiones no han mejorado significativamente.

Síntomas dermatológicos:

- Placas eritematosas con escamas plateadas.
- Prurito intenso en las áreas afectadas.
- Distribución simétrica en codos, rodillas y región lumbar.

Antecedentes patológicos personales:

- Hipertensión arterial por más de 30 años controlada con medicamentos (Losartan 50 mg antes de acostarse). Diabetes tipo 2 bien manejada con medicación oral (Glucophage 1000 mg). Antecedentes de artritis reumatoide diagnosticada hace 10 años, actualmente controlada con tratamiento (Meloxicam 10 mg QD).

Antecedentes patológicos familiares:

- Madre con diabetes tipo 2 (DM 2) e hipertensión arterial. Hermano con diabetes.

Antecedentes quirúrgicos y traumáticos:

- No refiere.

Hábitos:

- Diuresis: 5 a 6 veces al día.
- Alimentación: 4 veces al día.
- Tabaco: Ninguno.

- Alcohol: Ninguno.

Condiciones socio-económicas:

- Paciente vive actualmente en un albergue de ancianos. Posee los ingresos suficientes para la mantención diaria en el centro.

Fuente de información:

- Personal. Previa entrevista personal, sirvió como complemento para esta investigación de caso clínico de psoriasis.

Examen físico:

Signos vitales:

- TA: 125/85 mmHg
- FC: 87 lpm
- FR: 19 rpm
- SatO₂: 93%
- T^a: 36.3 °C
- Peso: 55 kg
- Talla/estatura: 1.62 cm
- PC: 58 cm
- Glasgow: 15/15

Examen físico general:

- Al momento, el paciente se encuentra tranquilo, lúcido en tiempo y espacio. Presenta múltiples placas eritematosas bien delimitadas, escamosas, plateadas adheridas a la superficie de

la piel. Ausencia de signos de infección secundaria (ver Figuras 52-53).

Examen regional anatómica:

- Cabeza: Normocéfala, en el cuero cabelludo presenta lesiones rojizas y doloridas.
- Ojos: Pupilas reactivas a la fotoestimulación, isocóricas, movilidad ocular conservada.
- Nariz: Fosas nasales permeables.
- Boca: Sin novedad.
- Oídos: Normales, implantación adecuada.
- Cuello: Móvil, sin ingurgitación yugular.
- Tórax: Expansible y simétrico, presencia de placas blanquecinas y rojizas doloridas.



Figura 52. Espondilitis psoriásica A
Fotografía de una paciente espondilitis psoriásica (2024), obtenida a partir del estudio de caso por los autores.

- Pulmones: Murmullo alveolar conservado.
- Abdomen: Suave y depresible a la palpación, presencia de ruidos hidroaéreos aumentados y lesiones pequeñas color rojizo.

Extremidades:

- Superiores: Tono y fuerza conservados, llenado capilar < 3 segundos. Placas blanquecinas escamosas a nivel de los codos.
- Inferiores: No hay presencia de edema, tono y fuerza muscular conservados, sensibilidad conservada. Escamas a nivel del tercio anterior de la pierna.

Tratamiento médico

- Se prescribe una crema de corticosteroides de potencia moderada para aplicar en las lesiones (ver Tabla 7). Se indica el uso de un champú específico para el cuero cabelludo afectado.



Figura 53. Espondilitis psoriásica B

- Prednisolona 5 mg, una tableta diaria por 1 mes.
- Probióticos, una cápsula después del desayuno y antes de acostarse.
- Vitamina C IV cada 8 días por un mes, en solución salina al 9%, 100 cc a pasar en 40 gotas.
- Vitamina D3, 10,000 unidades diarias por vía oral.

Medidas generales

- Se proporciona información sobre la naturaleza crónica de la psoriasis.
- Se enfatiza la importancia de mantener una buena hidratación de la piel.
- Exposición al sol durante una hora diaria en la mañana junto con ejercicio (caminata de 20 minutos).
- Hidratación con agua de coco si es posible.
- Se discuten estrategias para manejar el estrés, ya que este puede desencadenar brotes de psoriasis.

Tratamiento farmacológico

- Prednisolona 5 mg diaria por un ciclo corto de 4 semanas.
- Probióticos, una cápsula después del desayuno y antes de acostarse.
- Vitamina C IV cada 8 días por un mes, en solución salina al 9%, 100 cc a pasar en 40 gotas.
- Vitamina D3, 10,000 unidades diarias por vía oral.

- Uso de un champú específico para el cuero cabelludo afectado.
- Ajuste de la dosis de los medicamentos para la hipertensión y la diabetes para asegurar un control adecuado.
- Datos tomados de la HC. 2024 (Estancia de Paz Landanguí. Malacatos, Loja).

Fundamentación medicación administrada

Prednisolona

- La prednisona es un corticosteroide (glucocorticoide) derivado de la cortisona que interviene regulando muchos procesos metabólicos en el organismo. Es útil especialmente en los procesos alérgicos e inflamatorios de la piel (psoriasis).

Indicaciones terapéuticas:

- Este corticoide es considerado de elección para la terapéutica de psoriasis. Modula la diferenciación epidérmica, con potente efecto antiproliferativo, por lo que es de elección en placas de psoriasis con marcada hiperqueratosis. También se utiliza en procesos alérgicos e inflamatorios de la piel, agranulocitosis, púrpura reumática y algunas enfermedades inflamatorias de los ojos (conjuntivitis alérgica, queratitis, coriorretinitis, iritis, iridociclitis), que en la psoriasis se manifiestan según avanza la enfermedad.

Probióticos

- Son alimentos o suplementos que contienen microorganismos vivos, que mantienen y mejoran la microbiota, aumentando la producción de macrófagos y las defensas del organismo.

Indicaciones terapéuticas:

- Tratamiento y prevención de diarrea.
- Alergia.
- Encefalopatía hepática.
- Inmunomodulación.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Síndrome de intestino irritable.
- Intolerancia a la lactosa.
- Enterocolitis necrotizante.

Vitamina C

Indicaciones terapéuticas:

- Antioxidante, ayuda a producir colágeno en las células cutáneas, reduce significativamente el estrés oxidativo, produciendo una buena estructura de la piel.

Vitamina D3

Indicaciones terapéuticas:

- Mejora la hidratación de la piel: Ayuda a mejorar la capacidad de la piel para retener la humedad, especialmente beneficioso para las personas con piel seca o propensa a la sequedad.

Reduce la inflamación: Tiene propiedades antiinflamatorias que pueden ayudar a reducir la inflamación en la piel.

Podemos observar que la mayoría de las lesiones o placas psoriásicas tienden a localizarse predominantemente en la región de la espalda inferior y pélvica. Esto sugiere que esta región corporal suele permanecer cubierta por prendas de vestir, limitando la exposición a los rayos solares. Es importante tener en cuenta que la luz ultravioleta del sol y la provitamina D desempeñan un papel beneficioso en el tratamiento paliativo de esta enfermedad. Este fenómeno se ilustra en el segundo caso clínico que se presenta.

Caso clínico N° 8: Espondilitis psoriásica C

Anamnesis:

Datos de filiación:

Historia clínica:

- Nombre: N.N
- Edad: 65 años
- Sexo: Masculino
- Ocupación: Jubilado
- Antecedentes médicos relevantes: Hipertensión arterial controlada con medicación (losartan 50 mg antes de acostarse), dislipidemia tratada con simvastatina 20 mg una vez al día. No hay antecedentes de diabetes mellitus.
- Antecedentes dermatológicos: Diagnóstico previo de psoriasis en placas en miembros inferiores hace aproximadamente 10 años. Ha sido tratada con cremas tópicas y fototerapia en el pasado con mejoría parcial de los síntomas.
- Historia familiar: Padre con antecedentes de psoriasis.

Motivo de la consulta:

- Exacerbación de lesiones cutáneas en miembros inferiores.

Historia de la enfermedad actual:

- N.N. acude a la consulta dermatológica quejándose de un empeoramiento progresivo de las lesiones en su espalda. Ha notado un aumento en la descamación, enrojecimiento y prurito

en la zona afectada. Asegura que las lesiones le resultan cada vez más molestas e incómodas, interfiriendo en sus actividades diarias y en su calidad de vida.

Antecedentes patológicos personales:

- Hipertensión arterial, recientemente diagnosticada hace 6 meses y controlada con losartan 50 mg antes de acostarse. Fumador de 5 a 6 cigarrillos diarios. Obesidad moderada. Antecedentes de artritis reumatoide diagnosticada hace 35 años, controlada con Berifen 100 mg cuando hay ataques de dolor, principalmente en las rodillas y el dedo del pie derecho. Realiza ejercicio moderado y su dieta es rica en proteínas.

Antecedentes patológicos familiares:

- Padre con antecedentes de artritis reumatoide. Madre con obesidad mórbida.

Antecedentes quirúrgicos y traumáticos:

- Fractura de tercio medio del fémur izquierdo, se realiza reducción con tutor.

Hábitos:

- Diuresis: 4 a 5 veces al día
- Alimentación: 3 veces al día
- Tabaco: 5 a 6 cigarrillos diarios
- Alcohol: Según la ocasión

Condiciones socioeconómicas:

- Paciente vive actualmente en su propiedad. Posee los ingresos

suficientes, provenientes de su trabajo, para la mantención diaria de él y su familia.

Fuente de información:

- Personal. Previa entrevista personal, sirvió como complemento para esta investigación de caso clínico de psoriasis.

Examen físico:

Signos vitales:

- TA: 140/80 mmHg
- FC: 70 lpm
- FR: 19 rpm
- SatO₂: 90%
- T^a: 36.3 °C
- Peso: 80 kg
- Talla/estatura: 1.55 cm
- PC: 58 cm
- Glasgow: 15/15

Examen físico general:

- Al momento, el paciente se encuentra tranquilo, lúcido en tiempo y espacio.

Piel:

- Se observan múltiples placas eritematosas bien delimitadas con escamas plateadas en las piernas, especialmente en la re-

gión pretibial bilateralmente. Algunas placas presentan erosiones superficiales debido al rascado. Escala PASI (índice de gravedad y extensión del psoriasis): Se calcula un PASI de 10.2, indicando una psoriasis de moderada a severa.

Estado general:

- El paciente se encuentra en buen estado general. No hay signos de inflamación articular ni compromiso de otros sistemas.

Evaluación y diagnóstico:

- Se confirma el diagnóstico de psoriasis en placas en miembros inferiores, exacerbada en este momento. Se decide realizar una evaluación para descartar posibles comorbilidades como artritis psoriásica y compromiso de órganos internos, dado el antecedente familiar y la duración de la enfermedad.

Examen regional anatómica:

- Cabeza: Normocéfala, en cuero cabelludo presenta lesiones rojizas y doloridas
- Ojos: Pupilas reactivas a la fotoestimulación, isocóricas, movilidad ocular conservada
- Nariz: Fosas nasales permeables
- Boca: Sin novedad
- Oídos: Normales, implantación adecuada
- Cuello: Móvil, sin ingurgitación yugular
- Tórax: Expansible y simétrico
- Tórax posterior: Presencia de placas blanquecinas y rojizas doloridas

- Pulmones: Murmullo alveolar conservado
- Abdomen: Suave y depresible a la palpación, presencia de ruidos hidroaéreos aumentados con presencia de lesiones pequeñas color rojizas

Extremidades:

- Superiores: Tono y fuerza conservados, llenado capilar < 3 segundos. Placas blanquecinas escamosas a nivel de los codos.
- Inferiores: No hay presencia de edema, tono y fuerza muscular conservados, sensibilidad conservada. Presenta escamas a nivel del tercio anterior de la pierna.

Tratamiento médico

Tratamiento tópico:

- Se prescribe una combinación de corticosteroides tópicos de potencia media a alta y calcipotrieno en crema para aplicar dos veces al día en las áreas afectadas.

Fototerapia:

- Se programa fototerapia de banda estrecha (UVB) dos veces por semana durante las próximas 12 semanas.

Manejo del prurito:

- Se indica un antihistamínico oral (cetirizina 10 mg una vez al día) para ayudar a controlar el prurito (ver Figura 54).

Medidas generales:

- Se proporciona información sobre la naturaleza crónica de la psoriasis.

- Se enfatiza la importancia de mantener una buena hidratación de la piel.
- Exposición al sol durante una hora diaria en la mañana junto con ejercicio (caminata de 20 minutos).
- Hidratación con agua de coco si es posible, junto con agua de mar, la cual contiene todos los elementos químicos necesarios para el organismo humano.
- Estrategias para manejar el estrés, para evitar desencadenar brotes de psoriasis.
- Dejar los malos hábitos del alcohol y cigarrillo.



Figura 54. Espondilitis psoriásica C

Nota: Psoriasis en la espalda en la región dorso lumbar y cintura pélvica, la cual afecta también a parte de miembros inferiores.

- Disminuir el consumo de alimentos ricos en proteínas.

Seguimiento:

- Tanto el médico como el paciente deben programar visitas de seguimiento cada 4 semanas para evaluar la respuesta al tratamiento y realizar ajustes si es necesario, hasta que se considere un tratamiento paliativo de por vida.
- Se proporciona al paciente educación sobre la naturaleza crónica de la psoriasis, la importancia del tratamiento regular y la necesidad de mantener una buena hidratación cutánea.
- Se discuten también estrategias para el manejo del estrés, ya que este puede influir en la exacerbación de la enfermedad.
- Se enfatiza la importancia del autocuidado y la adherencia al tratamiento para controlar la enfermedad y mejorar la calidad de vida.

Tratamiento farmacológico

Tratamiento tópico:

- Corticosteroides tópicos de potencia media a alta y calcipotrieno en crema para aplicar dos veces al día en las áreas afectadas.

Fototerapia:

- Fototerapia de banda estrecha (UVB) dos veces por semana durante las próximas 12 semanas.

Cetirizina:

- 10 mg una vez al día.

Metotrexato:

- 2.5 mg por vía oral los días miércoles después del desayuno.

Fundamentación medicación administrada

- Es interesante realizar una fundamentación científica analítica sobre los tratamientos y terapias que se utilizan como una medida alternativa, paliativa de esta enfermedad autoinmune.

Calcipotrieno:

- Funciona al disminuir la proliferación de las células de la piel (queratinocitos) y al regular la diferenciación de las mismas. Se cree que ejerce su efecto terapéutico a través de la unión a receptores específicos de vitamina D en los queratinocitos, lo que modula la expresión de genes involucrados en la proliferación y diferenciación celular. Además de su efecto antiinflamatorio, el calcipotrieno también puede tener propiedades inmunomoduladoras y antiproliferativas en la piel afectada por la psoriasis. Por lo tanto, los corticosteroides tópicos de potencia media a alta y el calcipotrieno funcionan de manera complementaria para tratar la inflamación y la proliferación celular excesiva en enfermedades de la piel como la psoriasis, ayudando así a mejorar los síntomas y la apariencia de la piel afectada.

Fototerapia de banda estrecha (UVB):

- La fototerapia de banda estrecha (UVB) es un tratamiento médico que utiliza luz ultravioleta de longitud de onda corta para tratar diversas afecciones de la piel, principalmente la psoriasis y el vitíligo. La función principal de la fototerapia

de banda estrecha UVB es controlar la proliferación excesiva de células de la piel y modular la respuesta inmunitaria local. En términos científicos, la fototerapia de banda estrecha UVB funciona mediante la activación de reacciones fotoquímicas en la piel, específicamente en los queratinocitos, que son las células predominantes de la epidermis. La exposición controlada a la luz UVB de banda estrecha modula la proliferación celular y la actividad inmunitaria en la piel. Esto conduce a la reducción de la inflamación y la descamación asociada con afecciones como la psoriasis, así como a la repigmentación en el caso del vitíligo. Además, la fototerapia de banda estrecha UVB también puede tener efectos en la producción de vitamina D en la piel, aunque estos efectos pueden variar dependiendo de factores como la dosis de radiación y la pigmentación de la piel. Sin embargo, el principal mecanismo de acción involucra la regulación de la proliferación celular y la respuesta inmunitaria localizada en la piel afectada, regenerando las células epiteliales y dándoles mayor oxigenación.

Metotrexato:

- Se usa para tratar la psoriasis cuando no se puede controlar con otros tratamientos. El metotrexato también se combina con ejercicio físico, masoterapia, drenaje linfático, fisioterapia y, a veces, otros medicamentos para tratar la artritis reumatoide (AR). Es importante conocer las instrucciones del médico, ya que algunas personas que tomaron metotrexato por error una vez al día en lugar de una vez a la semana tuvieron efectos secundarios muy graves o murieron.

Cetirizina:

- Es un fármaco que actúa bloqueando los receptores H1 de la histamina. La histamina es una sustancia química que se almacena en células (mastocitos) de la mayoría de los tejidos del organismo. Cuando el cuerpo reacciona ante una sustancia extraña, los mastocitos liberan histamina, la cual se une a los receptores H1 y provoca un aumento del flujo sanguíneo y la producción de otras sustancias químicas que intervienen en la respuesta alérgica. Aparecen los síntomas de una reacción alérgica como inflamación de la piel, vías respiratorias o tejidos, escozor de piel, ojos, nariz, congestión nasal y estrechamiento de las vías respiratorias. La cetirizina, al bloquear la acción de la histamina, alivia los síntomas de una reacción alérgica (Navarra, 2024).

Es necesario hacer conocer que la psoriasis cutánea tiene un alto riesgo cardiovascular como lo indican Borbolla Schega et al. (2021). La enfermedad cardiovascular y la psoriasis están ampliamente relacionadas; según los resultados informados en estudios epidemiológicos, los padecimientos cardiovasculares constituyen la primera o segunda causa de mortalidad en pacientes con la afección inflamatoria. La duración también se ha asociado con tal riesgo. En términos generales, la mortalidad a nivel mundial es de 46%, con una tasa del 1.44 (IC del 95%: 1.43-1.45) por 1,000 años-persona. De acuerdo con estos hallazgos, las personas con el trastorno cutáneo tienen un mayor riesgo de eventos cardiovasculares, en particular en aquellos con un trastorno severo, el RR fue de 3.04 para infarto y 1.59 para accidente cerebrovascular. La psoriasis severa confiere un riesgo absoluto adicional de 6.2% de una tasa de enfermedades cardiovasculares a 10 años, comparado con la población general.

La gestión adecuada de los hábitos como el consumo de tabaco, el mantenimiento del perfil lipídico, el control del peso corporal y la dieta equilibrada son aspectos cruciales para la promoción de la salud cardiovascular. Además, es fundamental mitigar el incremento del cortisol, una hormona asociada al estrés, mediante la práctica regular de ejercicio físico. El entrenamiento de levantamiento de pesas, en particular, ha demostrado ser beneficioso al estimular la liberación de neurotransmisores que desempeñan un papel importante en la regulación emocional. Por consiguiente, existe una relación significativa entre el cuidado de la salud cardiovascular y la prevención de condiciones dermatológicas como la psoriasis, cuyo vínculo con la salud del corazón se destaca cada vez más en la literatura científica.

Esta enfermedad, que, si bien deja secuelas físicas, el impacto emocional que causa es peor, produciendo una baja en la autoestima y haciendo a los pacientes víctimas de discriminación familiar y social. Esta condición afecta la salud mental, produciendo trastornos psiquiátricos como trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación, trastornos del estado de ánimo, trastorno depresivo, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, disfunción sexual, trastorno del sueño y abuso de sustancias psicoactivas, que terminan afectando la calidad de vida del paciente.

Caso clínico N°9: Depresión y placas psoriásicas en espalda baja y miembros inferiores, aumento de la extensión de las placas psoriásicas

Anamnesis:

Datos de filiación:

Historia clínica:

- Nombre: N.N
- Edad: 72 años
- Sexo: Masculino
- Ocupación: Jubilado
- Antecedentes médicos relevantes: Depresión por más de 3 años, tratada con antidepresivos (fluoxetina). Dislipidemia tratada con simvastatina 20 mg una vez al día.
- Antecedentes dermatológicos: Diagnóstico previo de psoriasis en placas en espalda baja y miembros inferiores hace aproximadamente 40 años. Ha sido tratado con medicación durante todo el tiempo para psoriasis sin ninguna mejoría.
- Historia familiar: Padre con antecedentes de fumador crónico.

Motivo de consulta:

- N.N. acude a la consulta debido a que está siendo presa de la depresión con aislamiento familiar y social, llora constantemente, presenta irritabilidad y episodios de ira. Esto se ha intensificado desde que adquirió la enfermedad hace cuarenta años, y las molestias en su piel no se calman con ningún trata-

miento, llegando a pensar que es un daño causado por alguien.

Antecedentes patológicos personales:

- Psoriasis por más de 40 años.
- Diagnosticado hace 3 años de depresión, tratada con fluoxetina 10 mg después del desayuno.
- Obesidad moderada.
- Colon irritable con diarreas líquidas y espumosas.

Antecedentes patológicos familiares:

- Padre con antecedentes de fumador crónico.
- Madre con asma.
- Antecedentes quirúrgicos y traumáticos:
- No refiere.

Hábitos:

- Diuresis: 2 a 4 veces al día
- Alimentación: 1 o 2 veces al día
- Tabaco: No refiere.
- Alcohol: No refiere.

Condiciones socio-económicas:

- Paciente vive actualmente en su propiedad. Posee los ingresos suficientes provenientes de su trabajo para la mantención diaria de él y su familia.

Fuente de información:

- Personal. Previa entrevista personal, sirvió como complemento para esta investigación de caso clínico de psoriasis.

Examen físico:

Signos vitales:

- TA: 135/80 mmHg
- FC: 68 lpm
- FR: 17 rpm
- SatO₂: 92%
- T^a: 35.3 °C
- Peso: 75 kg
- Talla/estatura: 1.60 cm
- PC: 55 cm
- Glasgow: 15/15

Examen físico general:

- Al momento, el paciente se encuentra intranquilo, lúcido en tiempo y espacio.

Piel:

- Se observan múltiples placas eritematosas bien delimitadas con escamas plateadas en las piernas, especialmente en la región de la espalda baja y miembros inferiores bilateralmente. Algunas placas presentan erosiones superficiales debido al rascado.

Escala PASI (índice de gravedad y extensión del psoriasis): Se calcula un PASI de 11.1, indicando una psoriasis de moderada a severa.

Estado general:

- El paciente se encuentra en mal estado debido a su salud mental, presentando placas agresivas psoriásicas que se están extendiendo en todo su cuerpo.

Evaluación y diagnóstico:

- Se confirma el diagnóstico de depresión y placas psoriásicas en espalda baja y miembros inferiores, exacerbada en este momento. Se decide realizar una evaluación para descartar posibles comorbilidades como depresión severa y aumento de la extensión de las placas psoriásicas.

Examen región anatómica:

- Cabeza: Normocéfala, en cuero cabelludo presenta lesiones rojizas y doloridas.
- Ojos: Pupilas reactivas a la fotoestimulación, isocóricas, movilidad ocular conservada.
- Nariz: Fosas nasales permeables.
- Boca: Sin novedad.
- Oídos: Normales, implantación adecuada.
- Cuello: Móvil, sin ingurgitación yugular.
- Tórax: Expansible y simétrico.
- Tórax posterior: Presencia de placas blanquecinas y rojizas doloridas.

- Pulmones: Murmullo alveolar conservado.
- Abdomen: Suave y depresible a la palpación, presencia de ruidos hidroaéreos aumentados con lesiones pequeñas de color rojizo.

Extremidades:

- Superiores: Tono y fuerza conservados, llenado capilar < 3 segundos. Placas blanquecinas escamosas a nivel de los codos.
- Inferiores: No hay presencia de placas psoriásicas, tono y fuerza muscular conservados, sensibilidad conservada. Presenta escamas a nivel del tercio anterior de la pierna.

Tratamiento médico:

- Administración oral de Bersen 20 mg una vez al día.
- Fluoxetina 10 mg, una tableta después del desayuno.
- Crema tópica de betametasona para aplicar dos veces al día, previo lavado de la región a aplicar.

Medidas generales:

- Debido a que su salud mental está siendo afectada, se recomienda visitar al psiquiatra una vez por mes para evitar problemas severos que puedan afectar su vida.
- Se enfatiza la importancia de mantener una buena hidratación de la piel.
- Exposición al sol durante una hora diaria en la mañana junto con ejercicio (caminata de 20 minutos).

- Estrategias para manejar el estrés, para evitar desencadenar brotes de psoriasis.
- Dieta rica en alimentos con omega 3, aceite de coco y jugos verdes.
- Evitar los carbohidratos, sobre todo el azúcar, el pan y sus derivados.

Seguimiento:

- Tanto el médico como el paciente deben programar visitas de seguimiento cada 4 semanas para evaluar la respuesta al tratamiento psiquiátrico.
- Para manejar la depresión se aconseja realizar caminatas largas acompañado de familiares o amigos, y fomentar salidas en el entorno social para controlar la enfermedad y mejorar la calidad de vida.
- Baños matinales con agua fría y luego exposición al sol matutino para estimular la dopamina.

Tratamiento farmacológico

- Bersen 20 mg, una vez al día.
- Fluoxetina por vía oral.
- Crema tópica de betametasona.

Fundamentación medicación administrada

- La administración de medicamentos es un procedimiento fundamental tanto en el tratamiento de la psoriasis como en la salud mental, con el objetivo de proporcionar tratamientos

efectivos y seguros para mejorar la salud y el bienestar de los pacientes. Esta práctica se fundamenta en principios médicos y científicos que garantizan la eficacia y la seguridad de los fármacos utilizados. A continuación, se presenta una fundamentación médica detallada para respaldar este proceso:

Bersen (Prednisona):

- La prednisona es un glucocorticoide sintético que actúa como agente antiinflamatorio e inmunosupresor, indicado en desórdenes endocrinos, respiratorios, hematológicos, oftálmicos y reumáticos. En el tratamiento de la psoriasis, la prednisona ayuda a mitigar los síntomas al inhibir la respuesta inflamatoria excesiva asociada con esta afección dermatológica. Funciona al interferir con la producción y liberación de mediadores inflamatorios, reduciendo así la inflamación y el enrojecimiento característicos de la psoriasis. Además, la prednisona puede ayudar a controlar la proliferación celular anormal en la piel que ocurre en la psoriasis al suprimir la actividad del sistema inmunológico, lo que contribuye a mejorar la apariencia y la comodidad del paciente afectado por esta enfermedad cutánea. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la prednisona puede tener efectos secundarios significativos, especialmente con su uso prolongado, por lo que su administración debe ser supervisada cuidadosamente por un profesional de la salud.

Prozac (Fluoxetina):

- La fluoxetina se utiliza para tratar la depresión del paciente, aliviando los síntomas producidos por el trastorno de la depresión. La fluoxetina pertenece a una clase de medicamentos conocidos como inhibidores selectivos de la recaptación de

serotonina (ISRS), que funcionan aumentando los niveles de serotonina en el cerebro, lo que puede mejorar el estado de ánimo y reducir los síntomas de la depresión (Navarra, 2024).

Crema tópica de betametasona:

- El valerato de betametasona en aplicación tópica es efectivo en el tratamiento de dermatosis que responden a corticosteroides, debido a su acción antiinflamatoria, antipruriginosa y vasoconstrictora, sin que se esperen efectos corticoides sistémicos. Los corticosteroides aplicados sobre la piel son contenidos principalmente por el estrato córneo, y solo una pequeña parte llega a la dermis, donde pueden ser absorbidos. Sin embargo, varios factores pueden favorecer una mayor absorción: la ubicación y el área de la piel a tratar, el tipo de lesión, la duración del tratamiento y cualquier vendaje oclusivo. Estudios clínicos proporcionan información sobre la eficacia y seguridad del producto en psoriasis. El corticoide ha constituido una herramienta fundamental para paliar este problema de la piel (Igualdad, 2016).



Capítulo 4

Rash

El término “rash” se utiliza en inglés para describir la aparición de una erupción cutánea, que puede variar en tipo y extensión según la causa que la provoca. Aunque los rash pueden tener distintos tonos, lo más frecuente es que se manifiesten como un enrojecimiento de la piel. A continuación, se presentan algunos ejemplos:

Rash de la mariposa

Este tipo de rash se produce generalmente en pacientes con lupus, aunque no todas las personas con lupus lo desarrollan. Se manifiesta en la cara, orejas, pecho y manos, y puede ser activado por momentos emocionales como el estrés.

Características del rash de la mariposa:

- Forma: Erupción cutánea roja y elevada que cubre las mejillas y el puente de la nariz, extendiéndose a lo ancho de la cara.
- Distribución: Simétrica y bilateral en las mejillas y el dorso de la nariz, aunque puede afectar otras partes del cuerpo.
- Evolución: Las lesiones suelen ser superficiales y pueden sanar en pocas semanas sin dejar cicatrices, siempre y cuando se reciba el tratamiento adecuado.

- Fotoprovocación: La exposición al sol puede empeorar las lesiones o inducir las en algunos pacientes (Martínez, 2022).

La presente patología denominada rash de mariposa, como se explica en la Figura 55, es una lesión dérmica característica del lupus eritematoso sistémico. Además de su forma con presencia de máculas y pápulas eritematosas, confluentes y a veces acompañadas de edema, se distribuye de manera bilateral y simétrica en las mejillas y el dorso de la nariz, aunque puede afectar otras áreas de la cara y el tronco. Su evolución puede ser aguda y resolverse en pocas semanas sin dejar cicatriz, siempre y cuando se instaure el tratamiento adecuado de la enfermedad sistémica. Como medio de prevención, no se recomienda la exposición directa al sol, ya que en algunos pacientes este es un factor de riesgo para desarrollar esta patología.

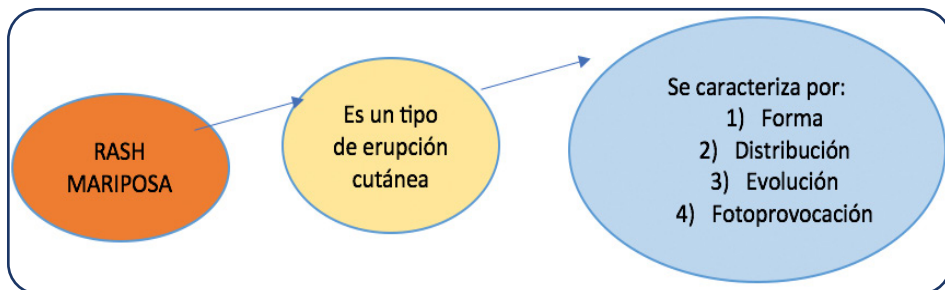


Figura 55. Rash mariposa

Rash febril del dengue

El rash por dengue es una manifestación clínica común de la enfermedad, caracterizada por una erupción cutánea que puede variar en intensidad y duración según el caso.

Características del rash por dengue:

- Forma: Puede presentarse en diferentes formas, incluyendo

máculas, rash morbiliforme, púrpura, petequias y otros tipos de lesiones cutáneas.

- **Distribución:** Las lesiones cutáneas pueden afectar cualquier área del cuerpo, aunque son más comunes en la piel expuesta al sol, como la cara, el cuello y las extremidades.
- **Evolución:** Puede durar desde 3 a 7 días, aunque en algunos casos puede persistir durante semanas o incluso meses (Betancourt et al., 2015).

Rash bacteriológico

Los signos de un rash cutáneo producido por bacterias pueden variar según el tipo de infección bacteriana. A continuación, se describen algunos de los tipos más comunes de erupciones cutáneas bacterianas y sus signos característicos:

Impétigo

- **Descripción:** Una infección cutánea superficial comúnmente causada por *Staphylococcus aureus* o *Streptococcus pyogenes*.

Signos:

- Ampollas llenas de líquido que se rompen y forman una costra amarillenta o marrón.
- Lesiones rojizas que pueden picar y doler.
- Generalmente afecta la cara, especialmente alrededor de la boca y la nariz, y las extremidades.

Celulitis

- **Descripción:** Una infección de las capas más profundas de la piel y los tejidos subyacentes.

Signos:

- Área de la piel enrojecida, caliente y sensible al tacto.
- Hinchazón que puede extenderse rápidamente.
- Fiebre y escalofríos en casos más severos.
- El área afectada suele ser dolorosa y puede estar acompañada de pus o abscesos.

Erisipela

- Descripción: Un tipo de celulitis causada generalmente por *Streptococcus pyogenes*.

Signos:

- Área de piel rojiza, inflamada y con bordes bien definidos.
- La piel afectada es dolorosa y puede presentar fiebre y escalofríos.
- Comúnmente afecta la cara y las piernas.

Foliculitis

Descripción: Infección de los folículos pilosos, generalmente por *Staphylococcus aureus*.

Signos:

- Pequeñas pústulas o pápulas alrededor de los folículos pilosos.
- Picazón y dolor leve, puede evolucionar a forúnculos (abscesos profundos) si se complica.

Escarlatina

- Descripción: Una infección resultante de las toxinas produci-

das por *Streptococcus pyogenes*, asociada comúnmente con faringitis estreptocócica.

Signos:

- Erupción cutánea roja, con textura de papel de lija.
- Inicia en el pecho y se extiende a otras partes del cuerpo.
- Fiebre alta y dolor de garganta.
- Lengua con apariencia de “fresa” (roja y con puntos).

Síndrome de piel escaldada estafilocócica

- Descripción: Causada por toxinas producidas por *Staphylococcus aureus*.

Signos:

- Enrojecimiento y formación de ampollas en grandes áreas de la piel.
- La piel afectada se desprende, dejando áreas en carne viva.
- Dolor y fiebre alta.

Tratamiento

El tratamiento de estas infecciones generalmente incluye el uso de antibióticos tópicos u orales, dependiendo de la severidad y el tipo de bacteria involucrada. Además, en algunos casos, puede ser necesario complementar con otros medicamentos como antiinflamatorios o analgésicos para aliviar los síntomas y reducir la inflamación. Es crucial buscar atención médica para un diagnóstico y tratamiento adecuados, ya que algunas de estas infecciones pueden llevar a complicaciones serias si no se tratan a tiempo. Un tratamiento oportuno no

solo ayuda a resolver la infección más rápidamente, sino que también previene la propagación de la bacteria y reduce el riesgo de recaídas o infecciones recurrentes (Gardeazábal, 2023).

Rash cutáneo

Etiología

El rash cutáneo o exantema es un síntoma muy frecuente en algunas condiciones de salud y enfermedades, que puede estar acompañado de otros síntomas. Entre las causas más comunes de la aparición de manchas rojas en la piel se encuentran:

Alergia

Es una reacción de las células de defensa del organismo, que sucede cuando una persona entra en contacto con alguna sustancia irritante. Uno de los tipos más comunes es la dermatitis de contacto (ver Figura 56). El rash de contacto puede desencadenarse por el contacto de la piel con productos de belleza, productos químicos como detergentes, gomas y látex, e incluso determinados tipos de plantas, que pueden llevar a la aparición de rash cutáneo o exantema, ardor, comezón y, en algunos casos, estornudos y dificultad para respirar (Bezerra, 2022). En la edad adulta, estas reacciones de la piel son más propensas debido a la incapacidad de las células cutáneas de regenerarse con facilidad debido a la falta de colágeno en el epitelio, haciendo que la piel produzca células descamativas como mecanismo de defensa.

Cuadro clínico

El cuadro clínico de esta patología está muy relacionado con un diagnóstico del exantema, que debe estudiarse en forma global con una anamnesis prolija, un buen examen físico y los estudios comple-

mentarios necesarios. Se presentan ciertas características puntuales como:

Máculas

- Cambio de coloración de la piel.
- Eritema.
- Vesículas (colecciones de líquido seroso hasta de 3 mm).
- Pápulas (lesión sólida elevada en la superficie de menos de 1 cm).
- Pústulas (lesión elevada en la superficie con contenido purulento).
- Petequias (manchas purpúricas).



Figura 56. Espondilitis psoriásica

Diagnósticos y exámenes complementarios

Los exámenes complementarios forman parte del método clínico y muchas veces se observan o se comprueban en este medio. Sin embargo, en muchas ocasiones, una gran parte de las consultas en los consultorios o policlínicos no necesitan pruebas de laboratorio de uso muy particular o específico, sino aquellas de uso cotidiano o pruebas muy indispensables. En hospitales e instituciones más especializadas, se requieren pruebas muy específicas para la connotación específica de cada caso.

Los médicos de medicina general indican muchos más exámenes para seguir y controlar patologías más conocidas y frecuentes, como son las enfermedades no transmisibles y transmisibles. Estos exámenes proporcionan información y ayuda pronóstica, siendo imprescindibles en la evolución de muchas enfermedades. Descubren aquellas que se pudieran escapar en un momento determinado, dando la posibilidad de diagnosticarlas en determinadas circunstancias. Al final, tanto pacientes como médicos regresan a una posición favorable cuando el trabajo se realiza con esmero y en conjunto (Arañas et al., 2016).

Pronóstico y complicaciones

Hay muchos tipos de reacciones adversas a medicamentos (RAM): rash maculopapular, urticaria aguda, vasculitis leucocitoclástica, reacciones de fotosensibilidad, RAM fija, pustulosis exantemática generalizada aguda (AGEP), reacción a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS), eritema multiforme (EM), síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y necrolisis epidérmica tóxica (NET). En este capítulo se tratarán el rash maculopapular, reacciones de fotosensibilidad, RAM fija y AGEP.

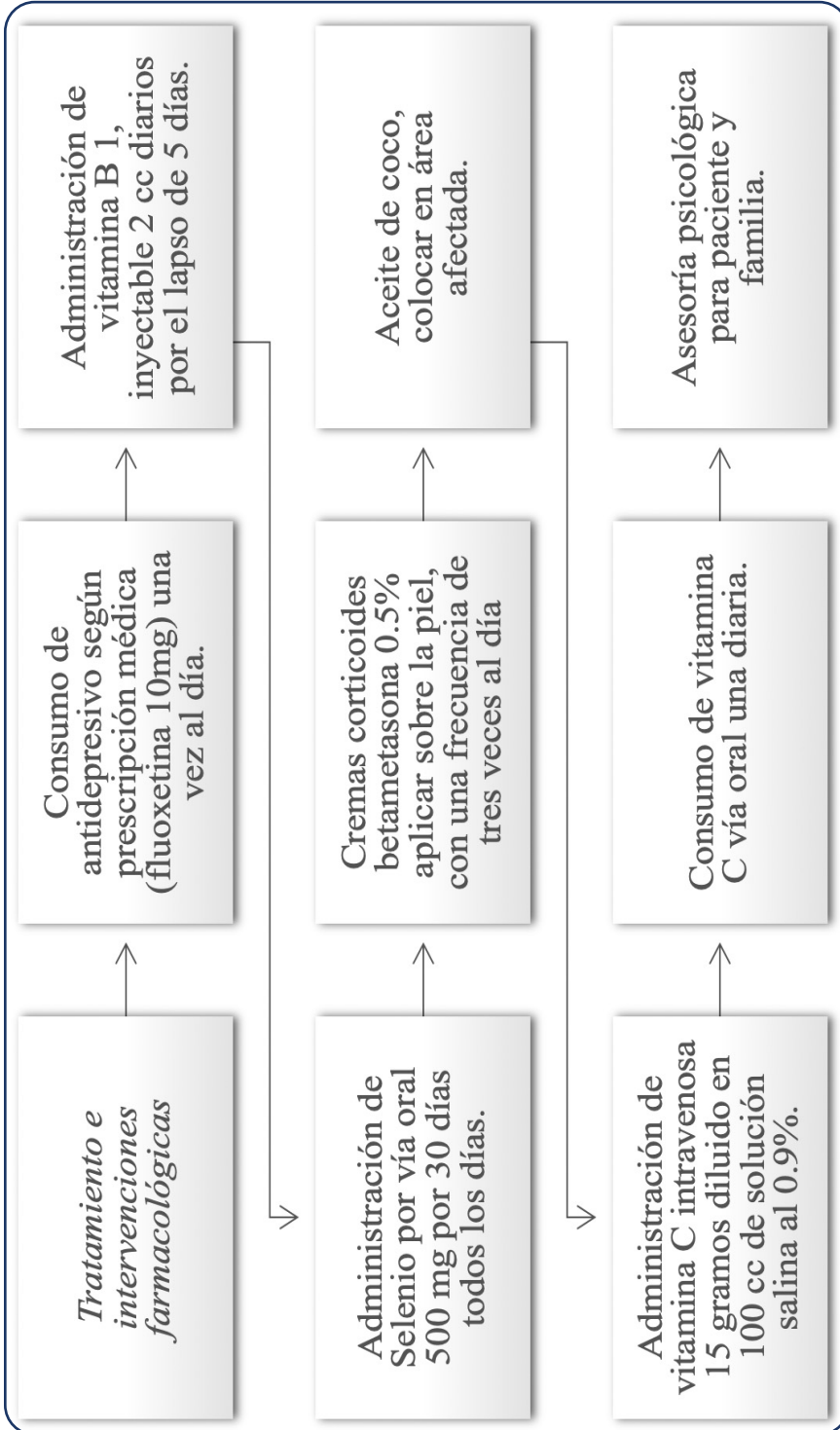


Figura 57. Tratamiento e intervenciones farmacológicas

Rash maculopapular

Representa más del 50% de las RAM cutáneas y es el tipo más frecuente en hospitalizados. El rash alude a una erupción cutánea de inicio súbito. El paciente presenta una aparición súbita de máculas y pápulas eritematosas que comienzan en la cabeza, cuello y tronco, y luego se generalizan a extremidades, de forma bilateral simétrica. Se acompaña de prurito. Al resolverse el cuadro puede haber descamación e hiperpigmentación residual. No hay compromiso de mucosas ni otras lesiones elementales fuera de máculas y pápulas, aunque puede haber púrpura en tobillos y pies. Si el paciente presenta fiebre, adenopatías y eosinofilia, se debe sospechar que podría evolucionar hacia un cuadro más severo (el DRESS puede presentarse como un rash maculopapular, y la severidad la da solo la evolución del cuadro). Los fármacos más frecuentemente implicados son antibióticos (sulfas, penicilina, cefalosporinas), AINES, fenitoína, carbamazepina y captopril. El principal diagnóstico diferencial son los exantemas virales de presentación maculopapular (EBV, enterovirus, ADV, parvovirus, VIH). El tratamiento consiste en suspender el fármaco e indicar anti-histamínicos y corticoides tópicos para controlar el prurito.

RAM fija

Máculas o placas eritematosas bien delimitadas, en zonas acrales, cara o genitales, únicas o múltiples, dejan rastro de hiperpigmentación residual, aparecen en un plazo de dos semanas luego de la primera exposición y recurren en minutos a horas luego de la reexposición. Al reaparecer, lo hacen en la misma zona que la primera vez. El tratamiento consiste en suspender el fármaco y puede tratarse con corticoides orales (Sandoval, 2016).

Caso clínico N° 10: Diagnóstico Rash cutáneo en miembros inferiores hace aproximadamente 8 años

Anamnesis:

Datos de filiación:

Historia clínica:

- Nombre: N.N
- Edad: 68 años
- Sexo: Femenino
- Ocupación: Estudiante
- Antecedentes médicos relevantes: Colon irritable con diarrea predominante, tratada con medicamentos antidiarreicos (loperamida Imodium AD) y aglutinante de ácidos biliares (Alose-trón Lotronex) para relajar el colon y desacelerar el movimiento de los desechos a través de la parte inferior del colon.
- Antecedentes dermatológicos: Diagnóstico de rash cutáneo en miembros inferiores hace aproximadamente 8 años. Ha sido tratada con medicación para rash logrando controlar en gran medida el problema, pero sin ninguna mejoría.

Historia familiar:

- Abuela con antecedentes de depresión crónica.

Motivo de la consulta:

- Rash cutáneo en miembros inferiores.

Historia de la enfermedad actual:

- N.N. acude a la consulta debido a una alteración significativa

de la diarrea y un aumento de la comezón en los miembros inferiores. Esta molestia de la comezón y el color de la piel no se calma con ningún tratamiento y se agudiza cuando existen problemas de estrés.

Antecedentes patológicos personales:

- Colon irritable aproximadamente 8 años, rash diagnosticado cuando comenzaron los problemas de estrés hace 8 años. Tratamiento con Alosetrón después de cada comida. Para el rash utiliza crema Bepthantol dos veces al día.

Antecedentes patológicos familiares:

- Abuela con antecedentes de depresión.

Antecedentes quirúrgicos y traumáticos:

- No refiere.

Hábitos:

- Diuresis: 1 a 5 veces al día
- Alimentación: 3 veces al día
- Tabaco: No
- Alcohol: No

Condiciones socioeconómicas:

- Paciente vive actualmente con su esposo. Posee ingresos provenientes de su seguro social, utilizados para la mantención diaria de ella y su familia.

Fuente de información:

- Directa. Previa entrevista personal, sirvió como complemento

para esta investigación de caso clínico de rash cutáneo.

Examen físico:

Signos vitales:

- TA: 140/75 mmHg
- FC: 70 lpm
- FR: 20 rpm
- SatO₂: 95%
- T^a: 36.3 °C
- Peso: 70 kg
- Talla/estatura: 1.68 cm
- PC: 53 cm
- Glasgow: 15/15

Examen físico general:

- Al momento, la paciente se encuentra intranquila, sudorosa e irritable, lúcida en tiempo y espacio.

Piel:

- Se observan múltiples zonas de rash tipo mariposa en miembros inferiores bien delimitadas, bilateralmente, con rasguños sangrantes debido al rascado.

Estado general:

- La paciente se encuentra en mal estado debido a su salud colónica, presentando una comezón agresiva y rash que se están extendiendo en todo su cuerpo.

Evaluación y diagnóstico:

- Se confirma el diagnóstico de colon irritable junto con rash cutáneo en miembros inferiores. Se decide realizar una evaluación para descartar posibles comorbilidades como estrés y aumento del rash en miembros inferiores.

Examen región anatómica:

- Cabeza: Normocéfala, en cuero cabelludo presenta lesiones rojizas y doloridas.
- Ojos: Pupilas reactivas a la fotoestimulación, isocóricas, movilidad ocular conservada.
- Nariz: Fosas nasales permeables.
- Boca: Sin novedad.
- Oídos: Normales, implantación adecuada.
- Cuello: Móvil, sin ingurgitación yugular.
- Tórax: Expansible y simétrico.
- Tórax posterior: Leve dolor por esfuerzo.
- Pulmones: Murmullo alveolar conservado.
- Abdomen: Suave y depresible a la palpación, presencia de ruidos hidroaéreos aumentados con lesiones pequeñas de color rojizo.

Extremidades:

- Superiores: Tono y fuerza conservados, llenado capilar < 3 segundos. Placas blanquecinas escamosas a nivel de los codos.

- Inferiores: No hay presencia de rash cutáneo tipo mariposa, tono y fuerza muscular conservada, sensibilidad conservada.

Tratamiento médico:

- Medicamentos antidiarreicos por vía oral (loperamida Imodium AD), una vez al día.
- Alosetrón por vía oral, tres veces al día, una cápsula después de cada comida.
- Bephanol por vía tópica para aliviar la comezón, según sea necesario.

Medidas generales:

- Debido a que su salud mental está siendo afectada, se recomienda visitar a la psicóloga una vez por mes para evitar problemas severos que puedan afectar su vida.
- Se enfatiza la importancia de mantener una buena hidratación de la piel.
- Exposición al sol durante una hora diaria en la mañana junto con ejercicio (caminata de 20 minutos).
- Estrategias para manejar el estrés, para evitar desencadenar brotes de rash.
- Dieta rica en alimentos con omega 3, aceite de coco y jugos verdes.
- Evitar los carbohidratos, especialmente el azúcar, el pan y sus derivados.

Seguimiento:

- Tanto el médico como la paciente deben programar visitas de

seguimiento cada 4 semanas para evaluar la respuesta al tratamiento psiquiátrico.

- Para manejar el colon irritable se aconseja realizar ejercicio para controlar la enfermedad y mejorar la calidad de vida.
- Baños matinales con agua fría y luego exposición al sol matutino para estimular la dopamina.

Tratamiento farmacológico

- Loperamida: Antidiarreico.
- Alosetrón: Aglutinante de ácidos biliares.
- Bepthanol crema: Crema tópica para rash cutáneo.

Fundamentación medicación administrada

- La administración de medicamentos es fundamental tanto para el tratamiento del rash cutáneo como para el manejo del colon irritable, con el objetivo de proporcionar tratamientos efectivos y seguros para mejorar la salud y el bienestar de los pacientes. Esta práctica se fundamenta en principios médicos y científicos que garantizan la eficacia y la seguridad de los fármacos utilizados. A continuación, se presenta una fundamentación médica detallada para respaldar este proceso:

Loperamida:

- Es un antidiarreico que se une a los receptores opiáceos en la pared intestinal. Inhibe la secreción de acetilcolina y prostaglandinas, reduciendo el peristaltismo propulsivo e incrementando el tiempo de tránsito intestinal. Además, inhibe directamente la secreción de líquidos y electrolitos, lo que ayuda a controlar la diarrea.

Alosetrón:

- Estudios controlados han demostrado su efectividad en mujeres con la variedad diarreica del síndrome del intestino irritable (SII). Es efectivo en la mejoría global de los síntomas, logrando un alivio adecuado del dolor y el malestar abdominal, aumentando la consistencia fecal y reduciendo la frecuencia de las evacuaciones (Remes & Gómez, 2020).

Bephanol crema:

- Es una crema para la piel que alivia el picor y el enrojecimiento causados por el rash cutáneo en tan solo 30 minutos. Gracias a su acción múltiple, repara la barrera cutánea dañada y alivia el picor rápidamente. Esta crema presenta una estructura innovadora con tecnología de lípidos en láminas, similar a la de la piel, permitiendo que la crema penetre en las zonas con falta de lípidos y repare la barrera cutánea. No contiene cortisona, perfume ni conservantes, y se tolera muy bien, sin resultar pegajosa. La eficacia de la crema está clínicamente probada.

El rash cutáneo es una inflamación de la piel que puede ser causada por diversas etiologías como alergias, infecciones, enfermedades autoinmunes o irritaciones. El tratamiento convencional incluye el uso de corticosteroides y antihistamínicos, pero las vitaminas y minerales también pueden desempeñar un papel importante en la mejora de la salud cutánea debido a sus propiedades antioxidantes, antiinflamatorias y cicatrizantes. Este protocolo sugiere el uso de vitamina C, vitamina D3, vitamina E y zinc como tratamiento complementario para el rash cutáneo.

Mecanismos de acción:

1. Vitamina C (Ácido Ascórbico):

- **Propiedades:** Antioxidante potente que protege la piel del daño oxidativo.
- **Mecanismo:** Promueve la síntesis de colágeno, mejora la barrera cutánea y reduce la inflamación.
- **Dosis recomendada:** Aplicación tópica en forma de sérum con una concentración de 10-20% una vez al día.

2. Vitamina D3 (Colecalciferol):

- **Propiedades:** Modula el sistema inmune y tiene propiedades antiinflamatorias.
- **Mecanismo:** Regula la proliferación y diferenciación celular, reduce la respuesta inflamatoria y mejora la función de barrera de la piel.
- **Dosis recomendada:** Suplementación oral de 1000-2000 UI diarias o según recomendación médica basada en niveles séricos de 25-hidroxi vitamina D.

3. Vitamina E (Tocoferol):

- **Propiedades:** Antioxidante que protege las membranas celulares del daño oxidativo.
- **Mecanismo:** Reduce la inflamación, mejora la hidratación de la piel y favorece la cicatrización.
- **Dosis recomendada:** Aplicación tópica en forma de aceite o crema con una concentración de 0.5-5% dos veces al día.

4. Zinc:

- Propiedades: Mineral esencial con propiedades antiinflamatorias y cicatrizantes.
- Mecanismo: Inhibe la producción de citoquinas proinflamatorias, favorece la reparación del tejido cutáneo y tiene propiedades antibacterianas.
- Dosis recomendada: Suplementación oral de 15-30 mg diarios o aplicación tópica en forma de crema de óxido de zinc al 10-20% según necesidad.

Protocolo de tratamiento:

1. Evaluación inicial: Evaluar la severidad del rash cutáneo y determinar posibles causas subyacentes. Realizar análisis de sangre para medir niveles de vitamina D y zinc si es necesario.
2. Intervención tópica:
 - Aplicar un sérum de vitamina C al 15% en la zona afectada una vez al día.
 - Aplicar una crema o aceite de vitamina E al 2% en la zona afectada dos veces al día.
 - Aplicar crema de óxido de zinc al 10% en la zona afectada dos veces al día, especialmente si hay signos de infección o exudado.
3. Intervención sistémica:
 - Administrar suplemento oral de vitamina D3, 1000-2000 UI diarias, ajustado según los niveles séricos.
 - Administrar suplemento oral de zinc, 15-30 mg diarios.

4. Monitoreo y ajuste: Monitorear la respuesta al tratamiento cada 2-4 semanas. Ajustar dosis y formulaciones según la mejoría clínica y los niveles séricos de vitaminas y minerales.

Consideraciones:

- Interacciones y efectos adversos: Evaluar posibles interacciones con otros medicamentos que el paciente esté tomando y monitorizar posibles efectos adversos como hipervitaminosis D o toxicidad por zinc.
- Contraindicaciones: Considerar contraindicaciones específicas como hipersensibilidad a alguno de los componentes del tratamiento.

Conclusión:

- El uso complementario de vitamina C, vitamina D3, vitamina E y zinc puede ser beneficioso en el tratamiento del rash cutáneo debido a sus propiedades antioxidantes, antiinflamatorias y cicatrizantes. Este protocolo debe ser implementado bajo supervisión médica, ajustando las dosis según la respuesta individual del paciente y los niveles séricos de vitaminas y minerales.

Tabla 15. Sugerencia de Tratamiento de Rash Cutáneo Utilizando Vitamina C, Vitamina D3, Vitamina E y Zinc

Vitamina C (Ácido Ascórbico)	Promueve la síntesis de colágeno, mejora la barrera cutánea y reduce la inflamación
Vitamina D3 (Colecalciferol)	Regula la proliferación y diferenciación celular, reduce la respuesta inflamatoria y mejora la función de barrera de la piel.
Vitamina E (Tocoferol)	Reduce la inflamación, mejora la hidratación de la piel y favorece la cicatrización.
Zinc	Inhibe la producción de citoquinas pro inflamatorias, favorece la reparación del tejido cutáneo y tiene propiedades antibacterianas.



Capítulo 5

Cuidado de la piel en el adulto mayor

La piel de los adultos mayores es un reflejo de su salud y bienestar. Para mantener su elasticidad y resistencia, es fundamental proporcionarle una hidratación y nutrición adecuadas. Una dieta equilibrada que incluya nutrientes y líquidos es crucial para prevenir problemas de piel y reducir el riesgo de patologías asociadas. Además, el cuidado de los cuidadores directos es esencial para garantizar que los adultos mayores reciban los cuidados necesarios para mantener una piel saludable (Mejía, 2021).

A medida que envejecemos, nuestra piel sufre cambios significativos que la vuelven más vulnerable a problemas dermatológicos y más susceptible al impacto del tiempo. Esto puede llevar a la aparición de problemas como la sequedad, la flacidez y la fragilidad. Sin embargo, con un enfoque en el cuidado de la piel, es posible mitigar estos efectos y mantener una piel saludable y radiante (Apud, 2023).

En esta etapa de la vida, el cuidado de la piel es fundamental no solo para mantener una apariencia saludable, sino también para garantizar el bienestar general. Una piel saludable puede ayudar a reducir el estrés, mejorar la autoestima y aumentar la confianza. Además, un cuidado adecuado de la piel puede ayudar a prevenir problemas de

salud más graves, como úlceras por presión e infecciones (Astaraki, 2021).

Es fundamental que los adultos mayores reciban un cuidado integral de la piel que incluya una hidratación adecuada, protección solar, hábitos saludables y tratamientos específicos. Al hacerlo, podemos ayudar a mantener una piel saludable y radiante, lo que a su vez puede mejorar la calidad de vida de los adultos mayores (Cujilema, 2023).

La piel de los adultos mayores puede decirnos mucho sobre su salud y bienestar. Es esencial brindarle la hidratación y nutrición adecuadas para mantener su elasticidad y resistencia. Para prevenir problemas de piel y reducir el riesgo de patologías asociadas, es importante mantener una dieta equilibrada que incluya nutrientes y líquidos. Además, es esencial que los cuidadores directos cuiden a los adultos mayores para que reciban los cuidados necesarios para mantener una piel saludable, como se evidencia en la Figura 58.

Mantener una dieta equilibrada es fundamental para mantener una piel sana, además de saludable, radiante y evitar afecciones, requiere una dieta rica en nutrientes. Los siguientes nutrientes son esenciales para una piel saludable:

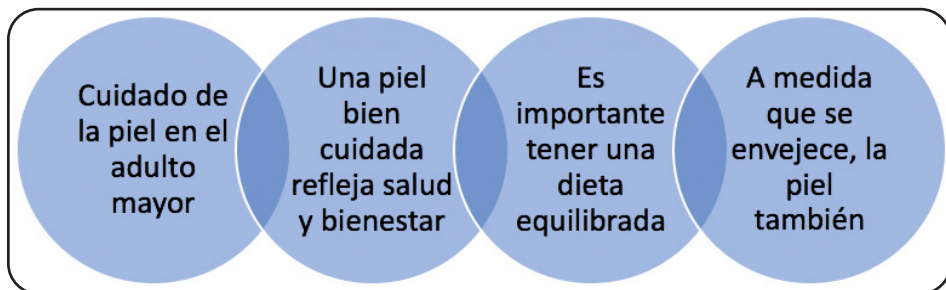


Figura 58. Cuidado de la piel del adulto mayor

- Verduras y frutas frescas: Aportan fibra, minerales, vitamina C, provitamina A y antioxidantes. La vitamina C es esencial para la síntesis de colágeno y el mantenimiento saludable del manto hidrolipídico de la piel.
- Proteínas y grasas saludables: Las proteínas son necesarias para evitar la pérdida del tono muscular del rostro y la caída de la dermis. Las grasas saludables, como las del aceite de oliva y el aguacate, también son esenciales.

La piel de los adultos mayores muestra claramente su salud y bienestar. La piel puede experimentar pérdida de elasticidad y resistencia como resultado del envejecimiento natural, lo que puede provocar problemas de piel y aumentar el riesgo de patologías relacionadas.

Protección solar

El sol es indispensable para el organismo humano. La exposición solar tiene importantes beneficios, pero también graves riesgos que son importantes conocer. La luz solar es energía radiante que posee ondas electromagnéticas como la luz visible, los rayos ultravioletas (UV), los rayos infrarrojos (IR), entre otras. Desde el punto de vista médico, la radiación UV es relevante. Se categoriza por su longitud de onda, comprendida entre los 200 a 400 nanómetros (nm), segmentándose en tres bandas (Cárdenas & Diez, 2022).

El cuidado integral de la piel bajo el sol es un aspecto crucial para el bienestar general de todos los seres vivos, sin importar la edad. La piel es conocida por su capacidad para soportar los rayos ultravioleta (UV), pero con el tiempo, su capacidad de protección natural disminuye, lo que la hace más vulnerable a los daños causados por la radiación solar (Reis-Mansur et al., 2023).

En especial, los adultos mayores deben ser conscientes de la importancia de proteger su piel del sol, ya que su piel se vuelve más delgada y más susceptible a los rayos UV con el envejecimiento. Esto puede aumentar significativamente el riesgo de problemas dermatológicos graves, como el cáncer de piel y la enfermedad de la piel solar (Rodríguez, 2022).

Para mantener una piel saludable y radiante, es fundamental adoptar hábitos de protección solar efectivos. Esto incluye utilizar productos de protección solar adecuados, como cremas y lociones con un factor de protección solar (FPS) alto, y aplicarlos regularmente antes de exponerse al sol. Además, es importante evitar la exposición al sol durante los horarios más intensos del día y usar ropa y sombrillas para proteger la piel.

La protección solar es un aspecto fundamental del cuidado de la piel en todas las etapas de la vida, pero es especialmente crítico para los adultos mayores. Con el envejecimiento, la piel se vuelve más delgada y más vulnerable a los rayos UV, lo que puede aumentar significativamente el riesgo de problemas dermatológicos graves, como el cáncer de piel y la enfermedad de la piel solar.

Además, la piel de los adultos mayores puede ser aún más vulnerable a factores como una disminución en la capacidad de reparación celular y una mayor frecuencia de condiciones médicas. Esto puede hacer que la piel sea más propensa a la irritación, la inflamación y la infección, lo que puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los adultos mayores.

En esta sección, exploraremos la importancia de la protección solar para los adultos mayores y proporcionaremos consejos prácticos y útiles para mantener la piel protegida y saludable mientras se expone

al sol. Desde la elección de productos de protección solar adecuados hasta la planificación de actividades al aire libre, aprenderemos cómo proteger nuestra piel y mantenerla saludable y radiante en esta etapa de la vida.

Efectos de la radiación solar

El sol es una gran fuente de energía que hace posible la vida en nuestro planeta. Pero la acción de la radiación solar en el ser humano posee efectos que influyen de forma importante en su salud. Las quemaduras solares, fotosensibilidad, fotodermatosis, inmunodepresión, el fotoenvejecimiento y la fotocarcinogénesis son algunos de los efectos adversos más importantes. De acuerdo con la OMS, el cáncer cutáneo es el tipo de cáncer más frecuente en el mundo y la incidencia de melanoma se está incrementando a mayor velocidad que cualquier otra neoplasia maligna.

A la superficie terrestre llega únicamente una parte del amplio espectro de las radiaciones electromagnéticas que proceden del sol. Cerca de un 5% corresponde a los rayos UVA y el 0,5% son UVB. La mayor parte de la radiación que nos llega desde el sol forma parte de la radiación infrarroja (IR). Por último, la radiación visible cada vez adquiere más protagonismo, sobre todo el componente de alta intensidad o luz azul presente en los dispositivos electrónicos (Garnacho et al., 2020).

Bronceado

En un primer momento, se demostró que el bronceado tenía un factor de protección solar equivalente a un 3 o 7. Sin embargo, se ha descubierto que la melanina puede ser cancerígena al contribuir a la formación de dímeros ciclobutánicos de pirimidina mutagénica

(DPM) formados a partir de las bases del ADN timina o citosina por reacción fotoquímica, horas después de la exposición solar. Además, se demuestra que la feomelanina (la que da los fototipos bajos, rubios y pelirrojos) es un generador más potente de formación de DPM que la eumelanina (la que produce fototipos altos, morenos).

En la Figura 59, se muestra que el cuidado de la piel es importante, por lo tanto, la administración de protección solar. Antes de su aplicación de manera efectiva, es fundamental que nos concentremos en los siguientes puntos importantes:

Elegir un protector solar con un espectro amplio: El uso de un protector solar que cubra un amplio rango de longitudes de onda, incluidas las UVA y UVB, es crucial. Esto garantiza una protección efectiva contra el sol. Para mantener una salud y bienestar general, es

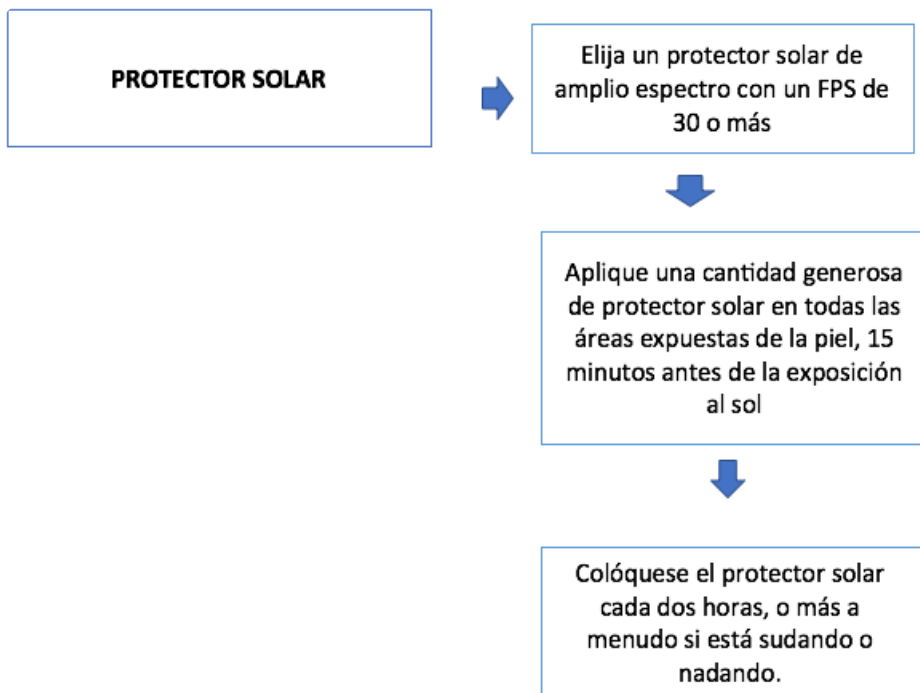


Figura 59. Protección solar

esencial cuidar la piel. La administración de protección solar es una parte importante de este cuidado. Antes de aplicar un protector solar de manera efectiva, es importante pensar en las siguientes cosas:

Elegir un protector solar que cubra un amplio espectro: Es crucial elegir un protector solar que cubra una amplia gama de longitudes de onda. Esto incluye la protección contra las radiaciones UVA y UVB, que son las principales causas de daños a la piel por el sol. Un protector solar con un espectro amplio protege efectivamente contra los rayos.

Quemadura

La exposición intensiva intermitente a los RUV en la infancia y la adolescencia que conduce a quemaduras solares es un factor de riesgo conocido para el carcinoma basocelular y el melanoma maligno y, de hecho, los datos epidemiológicos indican que un historial de cinco episodios de quemaduras solares por década aumenta el riesgo de melanoma aproximadamente tres veces.

Cuidados integrales

1. Evitar el sol directo: Mantenerse en sombra y evitar el sol directo durante los primeros días después de la quemadura.
2. Aplicar crema calmante: Utilizar crema calmante, como el aloe vera, para aliviar el dolor y la inflamación.
3. No rascar la piel: Evitar rascar o frotar la piel afectada para evitar la infección y la formación de ampollas.
4. No utilizar jabón: No utilizar jabón en la zona afectada para evitar la irritación y la infección.

5. No utilizar agua fría: No utilizar agua fría en la zona afectada, ya que puede causar más dolor y inflamación.
6. No utilizar benzocaína, lidocaína o vaselina: Evitar el uso de estos productos en la zona afectada, ya que pueden causar reacciones adversas.
7. No dar aspirinas a niños: No dar aspirinas a niños con quemaduras solares, ya que pueden ser perjudiciales.
8. Visitar un médico: Si los síntomas son graves, como fiebre, náuseas, desmayos o deshidratación, es importante visitar un médico con carácter de urgencia.
9. Prevenir futuras quemaduras solares: Asegurarse de usar protección solar adecuada y seguir los consejos de prevención para evitar futuras quemaduras solares.
10. Mantener la piel hidratada: Mantener la piel hidratada y protegida para prevenir la formación de ampollas y la infección.

Fotoenvejecimiento

Se estima que el 90% de los cambios cutáneos asociados a la edad son consecuencia de la RUV crónicamente recibida, en particular, por su acción sobre el ADN celular apareciendo mutaciones en genes reguladores como el p53. Los cambios más importantes del fotoenvejecimiento se producen en la dermis, y los fibroblastos parecen ser las células clave en todos estos cambios dérmicos, ver Figura 60.

Las fases distintas del fotoenvejecimiento de la piel, clasificadas según la escala de Glogau. Cada fase se caracteriza por los signos y síntomas que se presentan en la piel como resultado del daño solar.

- Leve (de 28 a 35 años)
 - Arrugas y líneas incipientes: En este punto, las arrugas y líneas en la piel son incipientes y no muy profundas. Los primeros signos de envejecimiento cutáneo ya se pueden ver, aunque no son muy evidentes.
- Medio (35 a 50 años)
 - Arrugas y queratosis actínicas más visibles: en esta fase, las líneas y arrugas en la piel son más visibles y profundas. Además, se pueden observar lesiones actínicas, como la queratosis actínica, que son lesiones benignas causadas por el daño solar en la piel.
- Avanzado (entre 50 y 65 años)

Leve (28-35 años): Arrugas y líneas incipientes.

Moderado (35-50 años): Arrugas más visibles y queratosis actínicas.

Avanzado (50-65 años): Arrugas estables, líneas en reposo, lesiones actínicas, queratosis y léntigo.

Severo (60-75 años): Arrugas profundas y persistentes, abundantes lesiones cutáneas.

Figura 60. Fases del envejecimiento

Cuidados integrales

1. **Higiene y aseo personal:** Mantener la higiene y el aseo personal del adulto mayor es fundamental para su bienestar físico y emocional. Esto incluye baños regulares, limpieza bucal y higiene del entorno en el que habita.
2. **Atención médica:** Supervisar y suministrar medicamentos según sea necesario, y velar por la adecuada alimentación e hidratación.
3. **Atención en la calidad del sueño:** Ayudar al adulto mayor a mantener un buen estado de sueño y atender posibles alteraciones.
4. **Compromiso social y fraternal:** Brindar apoyo y acompañamiento al adulto mayor, incentivando su autonomía y libertad para realizar actividades.
5. **Atención integral:** Proporcionar atención integral a la persona adulta mayor, incluyendo cuidados físicos, emocionales y espirituales.
6. **Educación y orientación:** Desarrollar actividades educativas para mejorar la imagen que la persona adulta mayor tiene de sí misma, la familia y la sociedad.
7. **Atención no institucional:** Considerar la atención no institucional para casos cuyas condiciones biomédicas y sociales sean extremas, como adultos mayores impedidos físicos, mentales, indigentes, solos y abandonados de sus familias.
8. **Cuidados de largo plazo:** Mantener servicios de cuidados de largo plazo tanto privados como públicos, con un enfoque de derechos y no solo de beneficencia.

9. Atención multidisciplinaria: Manejar la atención domiciliaria de las personas adultas mayores con diferentes grados de dependencia mediante un equipo multidisciplinario integrado por médico, enfermera, trabajadora social, psicóloga, fisioterapeuta y el cuidador.
10. Sensibilización y respeto: Sensibilizarse a las necesidades espirituales y tener actitud respetuosa y sensible en relación con el momento de vida por el que atraviesa el adulto mayor.

Cáncer cutáneo melanoma y no melanoma

Lesiones precancerosas (queratosis actínicas) Los RUV son mayormente absorbidos en la epidermis por el ADN nuclear e inducen la formación de DPM. Los queratinocitos disponen de los mecanismos necesarios para reparar este daño, pero si lo hacen de forma incompleta aparecen mutaciones. Si las alteraciones producidas en el genoma son importantes, la proteína p53, cuya síntesis aumenta con la RUV, y sus proteínas asociadas inducen la apoptosis de los queratinocitos irradiados. Cuando la mutación inducida por la RUV se produce en p53 se pierde el control del genoma, produciendo la aparición de queratosis actínicas, carcinomas espinocelulares o basocelulares.

Cuidados integrales

1. Atención dermatológica integral: Proporcionar atención dermatológica integral, incluyendo diagnóstico, tratamiento y seguimiento, para abordar las necesidades específicas de los adultos mayores con cáncer cutáneo.
2. Diagnóstico temprano: Realizar diagnósticos tempranos y precisos para detectar el cáncer cutáneo en sus etapas iniciales, lo que mejora las posibilidades de tratamiento y supervivencia.

3. **Tratamiento personalizado:** Ofrecer tratamientos personalizados según las necesidades individuales de cada paciente, considerando factores como la edad, la salud general y la gravedad de la enfermedad.
4. **Cuidados paliativos:** Proporcionar cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer cutáneo, incluyendo alivio del dolor, manejo de efectos secundarios y apoyo emocional.
5. **Preparación para el tratamiento:** Preparar a los pacientes y sus familiares para el tratamiento, incluyendo información sobre los procedimientos médicos, los posibles efectos secundarios y las opciones de tratamiento.
6. **Seguimiento y monitoreo:** Realizar seguimientos y monitoreos regulares para detectar posibles recurrencias o complicaciones, y ajustar el tratamiento según sea necesario.
7. **Educación y apoyo:** Proporcionar educación y apoyo a los pacientes y sus familiares sobre el cáncer cutáneo, incluyendo información sobre la enfermedad, los tratamientos y las opciones de seguimiento.
8. **Acceso a recursos:** Proporcionar acceso a recursos y servicios de apoyo, como grupos de apoyo y terapia, para ayudar a los pacientes y sus familiares a manejar el estrés y la ansiedad relacionados con la enfermedad.
9. **Cuidados de la piel:** Proporcionar cuidados de la piel adecuados para prevenir y tratar lesiones cutáneas relacionadas con el cáncer, como úlceras y ampollas.

10. Atención multidisciplinaria: Proporcionar atención multidisciplinaria, incluyendo colaboración entre médicos, enfermeras, psicólogos y otros profesionales de la salud, para abordar las necesidades complejas de los pacientes con cáncer cutáneo.

Inmunosupresión

Supresión de la respuesta inmunológica, que indirectamente promueve la carcinogénesis. Existe una mayor tendencia al desarrollo de infecciones oportunistas, como la infección por herpes. Por otro lado, la exposición a RUV durante la infancia es un período crítico para promover el desarrollo de foto daño y fotocarcinogénesis en etapas más tardías de la vida.

Cuidados integrales

1. Valoración integral: Realizar una valoración integral de la salud del adulto mayor para identificar los factores de riesgo y necesidades específicas, incluyendo la inmunosupresión y la piel.
2. Cuidados de la piel: Proporcionar cuidados de la piel adecuados, como inspección sistemática, limpieza con agua tibia y jabones neutros, y aplicación de crema hidratante, para prevenir lesiones y úlceras.
3. Atención dermatológica: Ofrecer atención dermatológica integral, incluyendo diagnóstico y tratamiento, para abordar las necesidades específicas de la piel del adulto mayor.
4. Cuidados paliativos: Proporcionar cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, incluyendo alivio del dolor, manejo de efectos secundarios y apoyo emocional.
5. Educación y apoyo: Proporcionar educación y apoyo a los adul-

tos mayores y sus familiares sobre la inmunosupresión, la piel y los cuidados necesarios para prevenir y tratar lesiones.

6. Acceso a recursos: Proporcionar acceso a recursos y servicios de apoyo, como grupos de apoyo y terapia, para ayudar a los adultos mayores a manejar el estrés y la ansiedad relacionados con la inmunosupresión y la piel.
7. Cuidados de largo plazo: Proporcionar cuidados de largo plazo, tanto privados como públicos, con un enfoque de derechos y no solo de beneficencia, para abordar las necesidades complejas de los adultos mayores con inmunosupresión y piel.
8. Atención multidisciplinaria: Proporcionar atención multidisciplinaria, incluyendo colaboración entre médicos, enfermeras, psicólogos y otros profesionales de la salud, para abordar las necesidades complejas de los adultos mayores con inmunosupresión y piel.
9. Sensibilización y respeto: Sensibilizarse a las necesidades espirituales y tener actitud respetuosa y sensible en relación con el momento de vida por el que atraviesa el adulto mayor.
10. Desarrollo de habilidades: Desarrollar habilidades en los cuidadores para identificar y manejar las necesidades específicas de los adultos mayores con inmunosupresión y piel, incluyendo la identificación de los factores de riesgo y la aplicación de técnicas de cuidado adecuadas.

Hidratación

La hidratación es fundamental para garantizar la salud y el bienestar de los adultos mayores. Con el envejecimiento, el cuerpo experimenta cambios significativos que afectan su capacidad para detectar la sed y mantener una hidratación adecuada. Además, una variedad de factores puede aumentar el riesgo de deshidratación en este grupo de edad, incluyendo los cambios fisiológicos naturales que acompañan el envejecimiento, el uso de medicamentos que pueden reducir la ingesta de líquidos, las condiciones médicas preexistentes y la ingesta reducida de líquidos, ver Figura 61.

Es importante destacar que la hidratación es esencial para mantener la salud y el bienestar de los adultos mayores, ya que una deshidratación crónica puede tener consecuencias graves para su calidad



Figura 61. Hidratación en adultos mayores

Fuente: Tomada del Proyecto de vinculación “Funciones Técnicas de enfermería en Centros Geriátricos, asistenciales y Albergues” del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

de vida y su salud general. Algunos de los síntomas de deshidratación incluyen dolor de cabeza, confusión, somnolencia y problemas de movilidad.

La importancia de la hidratación para la salud y el bienestar de las personas mayores. Esto pone de relieve que a medida que envejecemos, el cuerpo sufre cambios importantes que afectan su capacidad para detectar la sed y mantener una hidratación adecuada. También destaca varios factores que pueden aumentar el riesgo de deshidratación en este grupo de edad, como cambios fisiológicos naturales, uso de medicamentos que reducen la ingesta de líquidos, afecciones médicas preexistentes y disminución de la ingesta de líquidos.

Higiene y limpieza del adulto mayor

La higiene y limpieza son fundamentales para el bienestar y la salud de los adultos mayores, ya que permiten mantener una calidad de vida óptima. A continuación, se presentan algunas prácticas y recomendaciones clave para garantizar una higiene adecuada en este grupo de edad.

Una necesidad sentida en el adulto mayor reclama confort, el cual articula una experiencia inmediata y holística de vigorizarse cuando se afrontan sus necesidades; dicho afrontamiento abarca tres tipos de confort: alivio, tranquilidad y trascendencia, y engloba su contexto físico, psicoespiritual, ambiental y social (ver Figura 62).

De este modo, el confort se ha convertido en una necesidad que tiene la persona a lo largo de la vida, la salud y la enfermedad, y específicamente en grupos de pacientes socialmente vulnerables y fragilizados, como es el caso de las personas mayores que padecen enfermedades crónicas y buscan ayuda en las instituciones de salud. En si-

tuaciones de internamiento, experimentan cambios e insatisfacciones que conllevan sufrimiento e incomodidad; por ello, el enfermero/a debe tener la habilidad necesaria para proporcionar comodidad. En el contexto hospitalario es indispensable la participación del familiar cuidador, el cual realiza cuidados genéricos (satisfacción de necesidades básicas), y en su mayoría entabla una relación genuina con la enfermera, de tal manera que la estancia hospitalaria sea acogedora y comfortable (Rodríguez et al., 2019).



Figura 62. Higiene del entorno del adulto mayor
Fuente: Tomada de los laboratorios del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

La importancia del confort para las personas mayores, especialmente en situaciones hospitalarias o en situaciones de permanencia en geriátricos se destaca que el confort es una necesidad bien conocida que incluye diversos aspectos como alivio, paz y trascendencia y se relaciona con contextos físicos, psicoespirituales, ambientales y sociales. La comodidad es una necesidad que se siente a lo largo de la vida, en la salud y la enfermedad, y es particularmente importante en grupos de pacientes socialmente vulnerables y frágiles, como los ancianos, que padecen enfermedades crónicas y buscan ayuda en las instituciones de salud.

Cuidado de las uñas

- **Manténgalas cortas:** Mantener las uñas de las manos y los pies cortas para evitar que se partan y dañen la piel. Se recomienda cortar las uñas redondas en las manos y rectas en los pies.
- **Corta con cuidado:** Al cortar las uñas, es importante evitar levantar las cutículas, frotar o dañar la piel. Recomendamos utilizar tijeras romas y limar los bordes con una lima de cartón.
- **Evite navajas y tijeras:** No se recomienda utilizar navajas, cuchillos de manicura o navajas para cortar las uñas, ya que pueden causar lesiones y dolor.

Cuidado de la piel

- **Humedad:** La piel de las personas mayores debe hidratarse regularmente. Se recomienda aplicar la crema hidratante después de la ducha o baño, y para asegurar la higiene personal utilizar jabones suaves.
- **Protección solar:** La exposición al sol puede provocar manchas

y verrugas en la piel. Para proteger la piel se recomienda utilizar un protector solar de amplio espectro y ropa ligera y holgada.

- Baños de aceite: Los baños de aceite pueden ser beneficiosos para la piel, especialmente en zonas sensibles como los talones y la ingle.
- Uso de aceite de rosa mosqueta: El aceite de rosa mosqueta se recomienda para tratar e hidratar, renovar y sanar zonas sensibles.
- Preparación para el secado: Después del baño, es importante secar adecuadamente la piel para prevenir infecciones y grietas. Para evitar irritaciones se recomienda utilizar agua tibia y jabón neutro o ácido.
- Visitas al médico: Si nota manchas, verrugas o lesiones extra-



Figura 63. Higiene y confort en uñas
Fuente: Tomada de los laboratorios del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

ñas que no sanan al poco tiempo, asegúrese de consultar a un médico.

- **Nutrición e hidratación:** Una nutrición e hidratación adecuadas también son importantes para mantener una piel sana. Se recomienda beber al menos 2,5 litros de agua al día e incluir frutas y verduras en su menú.
- **Zapatos y calcetines:** Los zapatos y calcetines deben ser adecuados para evitar lesiones y problemas de circulación. Se recomienda utilizar calzado con suela antideslizante y calcetines de algodón en verano y calcetines de lana en invierno.

Estos cuidados no solo promueven la salud física, sino que también contribuyen al bienestar emocional y mental del adulto mayor, asegurando una mejor calidad de vida y previniendo posibles complicaciones de salud.

Importancia de la Nutrición en el Adulto Mayor

La importancia de la nutrición y la hidratación en el cuidado de la piel de las personas mayores es fundamental para mantener una piel sana y luminosa. Una dieta equilibrada y rica en nutrientes esenciales es crucial para mantener la piel en buenas condiciones, ya que los nutrientes esenciales como las vitaminas A, C, E y el zinc son importantes para la renovación celular, la producción de colágeno y la protección contra los radicales libres.

La hidratación también es importante para mantener la piel sana. Beber suficiente agua y usar humectantes tópicos puede ayudar a prevenir la deshidratación. Además, se debe proteger la piel de la exposición al sol porque los rayos ultravioletas (UV) pueden provocar arrugas prematuras, manchas en la piel y aumentar el riesgo de cáncer de

piel. El uso de protectores solares y una adecuada protección solar son fundamentales para la salud de la piel.

Otros factores que afectan la salud de la piel incluyen el estilo de vida, la exposición a la contaminación del aire y otros contaminantes ambientales, las enfermedades y el cuidado de la piel. Mantener una dieta equilibrada, proteger la piel del sol, adoptar hábitos saludables y utilizar productos adecuados para el cuidado de la piel son pasos importantes para mantener una piel sana.



Figura 64. Importancia de la nutrición en el adulto mayor
Fuente: Tomada del Proyecto de vinculación “Funciones Técnicas de enfermería en Centros Geriátricos, asistenciales y Albergues” del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

La deshidratación es un problema común en los adultos mayores porque sus cuerpos pierden la capacidad de sentir la sed y, por lo tanto, retener líquidos adecuados. Los síntomas de deshidratación incluyen dolor de cabeza, infección del tracto urinario, presión arterial baja, confusión y convulsiones. Es importante que los cuidadores y los adultos mayores comuniquen las necesidades específicas de cada persona y ajusten las estrategias según sea necesario.

Para mejorar la hidratación en las personas mayores, se recomienda beber agua incluso cuando no se tenga sed. También se recomienda beber un vaso de agua durante cada comida y entre comidas. Es importante controlar el consumo de té y café, porque alteran el sueño y favorecen la deshidratación.

Cambios de posición en adultos con deterioro de movilidad

La posición de los adultos con deterioro de movilidad es un tema fundamental en el cuidado de la piel. Los cambios de posición pueden afectar significativamente la salud de la piel, especialmente en aquellos con movilidad reducida. Los cambios de posición pueden provocar presión en diferentes zonas del cuerpo, lo que puede provocar úlceras por presión. Estas úlceras pueden ser graves y difíciles de tratar, especialmente en adultos con movilidad limitada.

Preparación y prevención, tal como se evidencia en la Figura 65. Para prevenir las úlceras por presión, es importante prestar atención a los cambios de posición y asegurarse de que el paciente se sienta cómodo y relajado en las diferentes zonas del cuerpo.

- Cambios de posición regulares: repositone al paciente cada 2 horas para evitar presión en un área específica.
- Utilice materiales de apoyo: utilice materiales de apoyo, como

almohadas y toallas, para reducir la presión en determinadas zonas.

- Elevación de piernas: eleve las piernas del paciente para reducir la presión sobre las piernas y prevenir úlceras por presión.

Curación de la piel en UPP

La curación de úlceras por presión en adultos mayores implica un enfoque integral que abarca la prevención, el tratamiento y el cuida-



Figura 65. Asistencia integral de enfermería en pacientes con deterioro de movilidad

Fuente: Tomada del Proyecto de vinculación “Funciones Técnicas de enfermería en Centros Geriátricos, asistenciales y Albergues” del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

do. A continuación, se presentan los pasos clave para curar y prevenir estas lesiones:

Prevención

- Valorar al paciente como un ser integral: es fundamental considerar las necesidades y circunstancias individuales del paciente para implementar medidas efectivas de prevención.
- Hacer especial hincapié en las medidas de prevención: la prevención es clave para evitar la aparición de úlceras por presión. Se recomienda inspeccionar toda la piel del cuerpo al menos una vez al día y limpiar la piel con agua tibia y jabón neutro.
- Configurar un marco de práctica asistencial basado en evidencias científicas: la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión deben ser basados en evidencias científicas y en colaboración con la atención comunitaria, especializada y sociosanitaria.
- Utilizar superficies especiales para el manejo de la presión: la utilización de superficies especiales para el manejo de la presión es fundamental para prevenir las úlceras por presión. Estas superficies deben ser utilizadas en los centros sociosanitarios y en el propio domicilio del paciente.
- Prestar especial atención a las medidas preventivas: la prevención es la clave para evitar las úlceras por presión. Se recomienda revisar la piel de todo el cuerpo al menos una vez al día y limpiar la piel con agua tibia y jabón neutro.
- Definir un marco basado en evidencia para las prácticas de tratamiento: la prevención y el tratamiento de las úlceras por

presión deben basarse en evidencia científica y en colaboración con la comunidad, los profesionales y la sociedad sociosanitaria.

- Utilizar superficies especiales para controlar la presión: el uso de superficies especiales para controlar la presión es esencial para prevenir las úlceras por presión, tal como se explica en la Figura 66. Estas superficies deben utilizarse en centros sociales y en el propio domicilio del paciente.



Figura 66 Asistencia integral de enfermería en pacientes con deterioro de movilidad

Fuente: Tomada del Proyecto de vinculación “Funciones Técnicas de enfermería en Centros Geriátricos, asistenciales y Albergues” del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

Ayuda integral para pacientes con problemas de movilidad

Curación de heridas

En la Figura 67 se muestra que la curación de heridas en adultos mayores requiere un enfoque especial debido a la fragilidad y sensibilidad de su piel. La curación de heridas en adultos mayores es un proceso que requiere un enfoque especial debido a la fragilidad y sensibilidad de la piel. La piel de los adultos mayores es más delgada y tiene una menor capacidad para regenerarse que la piel de personas más jóvenes. Esto puede hacer que las heridas sean más difíciles de curar y aumente el riesgo de complicaciones.



Figura 67. Curación de heridas

Fuente: Tomada del Proyecto de vinculación "Funciones Técnicas de enfermería en Centros Geriátricos, asistenciales y Albergues" del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.

Electroterapia en adultos mayores

La electroterapia es una técnica fisioterapéutica que utiliza corrientes eléctricas para estimular tejidos y producir efectos terapéuticos. En el tratamiento de problemas de piel, la electroterapia puede ser beneficiosa de varias formas:

- 1. Reducción del dolor y la inflamación:** Algunas técnicas de electroterapia, como la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS), pueden ayudar a reducir el dolor y la inflamación en afecciones de la piel como dermatitis, psoriasis o heridas. Las corrientes eléctricas actúan sobre las fibras nerviosas para modular la percepción del dolor.
- 2. Mejora de la cicatrización:** La aplicación de campos electromagnéticos pulsados puede acelerar la cicatrización de heridas crónicas o de difícil curación. Estos campos estimulan la angiogénesis y la proliferación celular, favoreciendo la regeneración de la piel dañada.
- 3. Tratamiento de úlceras por presión:** En pacientes con movilidad reducida, la electroterapia se ha mostrado efectiva para prevenir y tratar úlceras por presión. Las corrientes eléctricas mejoran la circulación sanguínea y estimulan la formación de nuevo tejido, acelerando la cicatrización.
- 4. Alivio sintomático en dermatosis:** En afecciones como la psoriasis o el eccema, la electroterapia puede ayudar a aliviar síntomas como el prurito y la inflamación. Técnicas como la iontoforesis permiten introducir fármacos a través de la piel para un tratamiento más localizado.

La electroterapia es una técnica fisioterapéutica que utiliza corrientes eléctricas para estimular tejidos y producir efectos terapéuticos. Se

destaca que la electroterapia puede ser beneficiosa en el tratamiento de problemas de piel de varias formas.

Algunas técnicas de electroterapia, como la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS), pueden ayudar a reducir el dolor y la inflamación en afecciones de la piel como dermatitis, psoriasis o heridas. Las corrientes eléctricas actúan sobre las fibras nerviosas para modular la percepción del dolor. Además de su utilidad en afecciones como la psoriasis o el eccema, la electroterapia puede ayudar a aliviar síntomas como el prurito y la inflamación. Técnicas como la iontoforesis permiten introducir fármacos a través de la piel para un tratamiento más localizado, tal como se demuestra en la Figura 68.



Figura 68. Electroterapia

Fuente: Tomada del Proyecto de vinculación "Funciones Técnicas de enfermería en Centros Geriátricos, asistenciales y Albergues" del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.



Glosario

- **Acidosis láctica:** Tipo de acidosis metabólica caracterizada por la acumulación excesiva de ácido láctico en el torrente sanguíneo. Ocurre cuando el cuerpo no puede utilizar el oxígeno adecuadamente, lo que lleva a una hiperproducción de lactato.
- **Agranulocitosis:** También conocida como granulocitopenia, es una alteración sanguínea caracterizada por una disminución significativa o ausencia de granulocitos, un tipo de glóbulos blancos que incluye neutrófilos, eosinófilos y basófilos, dejando al paciente con una menor capacidad para combatir infecciones.
- **Brote:** Ocurrencia repentina de un número inusualmente alto de casos de una enfermedad en una población específica o área geográfica durante un período de tiempo limitado, causado por agentes infecciosos como virus, bacterias u otros patógenos.
- **Calcipotrieno:** Medicamento utilizado para tratar la psoriasis, caracterizada por la formación de manchas rojas y escamosas debido a la producción excesiva de células de la piel.
- **Caldo de cultivo:** Medio líquido utilizado en microbiología para el crecimiento y mantenimiento de microorganismos en el laboratorio, proporcionando nutrientes esenciales y condiciones adecuadas para su proliferación.
- **Cándida albicans:** Hongo dimórfico perteneciente al Phylum Ascomycota, que presenta pseudohifas, hifas y blastoconidios subesféricos. Es un patógeno oportunista que forma parte de la microbiota normal del ser humano.
- **Células descamativas:** Desprendimiento y consecuente pérdida de la capa más superficial de la piel.

- Células T: Tipo de células del sistema inmunológico encargadas de la respuesta inmunitaria adaptativa.
- Corticotropas: Células basófilas en la hipófisis anterior que producen proopiomelanocortina (POMC), que se escinde en adrenocorticotropina (ACTH), β -lipotropina (β -LPH) y hormona estimulante de los melanocitos (MSH).
- Debridación: Proceso médico que implica la eliminación de tejido muerto, dañado o contaminado de una herida o área lesionada del cuerpo, promoviendo la cicatrización al permitir que el tejido sano circundante tenga mejor acceso a nutrientes y suministro de sangre.
- Dermatitis por contacto: Reacción de la piel al contacto con ciertos productos irritantes.
- Dermatitis crónica: Trastorno cutáneo prolongado caracterizado por erupciones pruriginosas y descamativas.
- Desarrollo de úlcera por presión: Proceso de formación de una úlcera por presión, que incluye enrojecimiento de la piel, pérdida de integridad cutánea y formación de una úlcera.
- Edema: Acumulación anormal de líquido en los tejidos del cuerpo, resultando en hinchazón y aumento de volumen en la zona afectada.
- Efecto antiproliferativo: Capacidad de un compuesto o tratamiento para inhibir o reducir la proliferación de células tumorales.
- Eritema facial: Enrojecimiento de la piel en la cara, que puede variar en intensidad y ser temporal o persistente.
- Eritema: Enrojecimiento de la piel secundario a inflamación.

- Erupción cutánea: Pequeñas heridas, roces de la ropa o la piel, frío, sol, viento, productos irritantes, bacterias, virus u hongos.
- Escala de Braden: Sistema de evaluación para predecir el riesgo de desarrollar úlceras por presión, considerando factores como movilidad, nutrición, humedad de la piel, percepción sensorial, fricción y presión.
- Escala de Norton: Herramienta de evaluación utilizada en entornos clínicos para valorar el riesgo de desarrollo de úlceras por presión en pacientes con dificultades para cambiar de posición o moverse.
- Escamas blanquecinas: Síntoma común de varias condiciones dermatológicas, incluyendo la psoriasis y la dermatitis seborreica, causadas por la descamación excesiva de la piel.
- Escara: Costra o corteza dura que se forma en una úlcera por presión cuando el tejido muerto se acumula en la superficie de la piel.
- Estadios de la úlcera por presión: Clasificación de la gravedad de las úlceras por presión en diferentes etapas, desde enrojecimiento de la piel hasta daño tisular profundo.
- Estrés oxidativo: Condición que se presenta cuando hay demasiadas moléculas inestables llamadas radicales libres en el cuerpo y no hay suficientes antioxidantes para eliminarlas.
- Exantema: Área de la piel que cambia de textura o color, y a veces se ve inflamada o irritada.
- Fenómeno de Koebner: Signo dermatológico que refiere a la reproducción de una enfermedad de la piel secundaria a un trauma.

- Flexural: Referencia a áreas del cuerpo donde la piel forma pliegues debido a la flexión de una articulación.
- Fluoxetina: Antidepresivo de la clase de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
- Fototerapia de banda estrecha: Tratamiento médico efectivo para diversas afecciones dermatológicas, que debe seguirse bajo supervisión médica.
- Hábitos: Comportamiento regular y repetitivo que se realiza de manera automática y casi inconsciente en respuesta a ciertos estímulos o situaciones específicas.
- Hidratación: Proceso de proporcionar la cantidad adecuada de agua a una sustancia, organismo o tejido para mantener su función normal y saludable.
- Hiperqueratosis: Engrosamiento de la capa más externa de la piel debido a una acumulación anormal de queratina.
- Histoquísticos: Características histológicas de células relacionadas con el linfoma histoquístico difuso.
- Infección: Invasión y proliferación de microorganismos en el cuerpo humano o en otro organismo, provocando una respuesta del sistema inmunitario.
- Inflamación: Respuesta natural del sistema inmunológico del cuerpo a lesiones, infecciones o irritaciones.
- Iridociclitis: Enfermedad del ojo caracterizada por la inflamación del iris y el cuerpo ciliar.
- Linfocitos T CD4+: Subgrupo de linfocitos T que coordina la res-

puesta inmunitaria estimulando a otras células inmunológicas.

- Locus: Lugar de un cromosoma donde se encuentra un gen determinado.
- Máculas: Manchas blancas de forma y tamaño variables debido a la disminución del contenido de melanina en la epidermis.
- Metotrexato: Fármaco utilizado para tratar diversas condiciones médicas, incluyendo la artritis reumatoide, el cáncer y la psoriasis, inhibiendo la síntesis de purinas.
- Pápulas: Lesión sólida elevada en la superficie de menos de 1 cm.
- Período de aparición: Intervalo de tiempo entre la exposición a un agente patógeno y la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad.
- Petequias: Manchas purpúricas.
- Placas eritematosas: Vesículas flácidas y ampollas sobre base eritematosa, que adoptan un aspecto erosionado y fisurado debido a la fricción y sobreinfección.
- Presión: Fuerza ejercida sobre un área específica del cuerpo debido a la falta de movimiento, que puede cortar el flujo sanguíneo y provocar daño tisular.
- Probióticos: Microorganismos vivos que, administrados en cantidades adecuadas, confieren un beneficio a la salud del huésped.
- Prurítica: Salpullido abultado y con comezón.
- Psicoactivas: Sustancias que actúan sobre el sistema nervioso central alterando las funciones psíquicas.

- Psoriásicas: Placas bien delimitadas de color rojo o rosa, cubiertas por una capa de piel escamosa, típicas de la psoriasis.
- Psoriasis modula: Enfermedad inflamatoria crónica de la piel que modula la respuesta inmunitaria, llevando a una proliferación acelerada de los queratinocitos.
- Púrpura reumática: Manifestación clínica de la artritis reumatoide, caracterizada por dolor, inflamación y rigidez en las articulaciones.
- Pústulas: Lesión elevada en la superficie con contenido purulento.
- Raspado metódico de Brocq: Procedimiento dermatológico utilizado para diagnosticar la psoriasis.
- Rubicundez: Enrojecimiento de la piel debido a la dilatación de los vasos sanguíneos superficiales.
- Signo de Auspitz: Hallazgo clínico característico de la psoriasis, que se refiere a la aparición de puntos de sangrado al raspar o retirar las escamas de las lesiones psoriásicas.
- Úlcera por presión: Herida localizada que se desarrolla cuando el flujo sanguíneo a una parte de la piel se reduce debido a la presión prolongada.
- Úlcera: Lesión en la piel o en una membrana mucosa caracterizada por la pérdida de tejido superficial.
- Vesículas: Colecciones de líquido seroso de hasta 3 mm.

Bibliografía

- Aghazadeh, N. (2022). Dermatitis. *Mayo Clinic*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/dermatitis-eczema/diagnosis-treatment/drc-20352386>
- Albear, D., Valdivia, M., Valle, I., Del Rio, B., Hernández, S., & Gómez, Y. (2021). Dermatosis en pacientes geriátricos. *Revista de Medicina Militar*, 50. <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/978/835>
- Alergonorte. (2020). Normas de contactantes: Lanolina. *Sociedad de Alergólogos Norte*. <https://www.alergonorte.org/consejos-a-pacientes/normas-de-contactantes/lanolina/>
- Almirall. (2020). *Dermatitis atópica: Factores de riesgo*. <https://www.almirall.es/tu-salud/tu-piel/enfermedades-de-la-piel/dermatitis-atopica/factores-de-riesgo>
- Ambonati, M. (2024). *Dermatitis atópica del rostro: causas y soluciones*. <https://www.aderma.mx/consejos-de-los-expertos/comezon-en-la-piel/dermatitis-atopica-facial>
- Anderson, K. (2022). Dermatitis. *Mayo Clinic*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/dermatitis-eczema/symptoms-causes/syc-20352380>
- Apud, M. (2023). *Mucho más que humanos: Secretos naturales para potenciar tu biología y mentalidad*. <https://n9.cl/54i0rs>
- Arias, A. (2020). Revisión de trastornos pigmentarios cutáneos. *Crónicas Científicas*, 16. <https://www.cronicascientificas.com/index.php/ediciones/edicion-xvi-setiembre-diciembre-2020/26-ediciones/279-revision-de-trastornos-pigmentarios->

cutaneos

Asociación de Afectados por Dermatitis Atópica. (2023). Síntomas de DA. AADA. <https://asociacionafectadosdermatitisatopica.com/sintomas-de-la-da/>

Astaraki, A. O. (2021). Estilo de vida saludable y su relación con la mente. *Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 1–25. https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Estilo_de_vida_saludable_y_su_relacion_con_la_mente_A._Ojani.pdf

Beatriz, S., Beatriz, L., & Caserio, G. (2016). *Dermatología: Pautas básicas para el aprendizaje*.

Betancourt, S., Rodríguez, D.-P., & León, O.-P. (2015). Rash: única manifestación clínica de dengue. *Revista Zoilo Marinello Vidaurreta*, 41(1). https://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/537/html_142

Bologna, J., Schaffer, J., & Cerroni, L. (2018). *Dermatología*. Elsevier. https://books.google.com.ec/s?id=r2B5DwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0v=onepage&q&f=false

Book, M. (2022). Dermatitis seborreica (Vol. 5). *Mayo Clinic*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/seborrheic-dermatitis/symptoms-causes/syc-20352710>

Cárdenas, J., & Diez, G. (2022). *Protección Solar y Síntesis de Vitamina D: Buscando un Equilibrio*. <https://www.ispch.cl/newsfarmacovigilancia/20/images/parte05.pdf>

CENETEC. (2015). *Diagnóstico y tratamiento de la dermatitis*

seborreica en menores de 18 años en el primer y segundo niveles de atención. Secretaría de Salud. <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-205-09/RR.pdf>

Chiriboga, M. (2021). Queratosis Pilar: Revisión Bibliográfica. *Revista Médica*, 10. <https://revistamedica.com/queratosis-pilar/>

Coghi, A., Baralis, P., & Ye, L. L. (2021). Fisiopatología de la dermatitis atópica. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.Com*, 16(16), 828. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/fisiopatologia-de-la-dermatitis-atopica/>

Cortés, P., Miranda, J., Guzmán, E., Morales, V., Juárez, E., & Arenas, R. (2023). Pitiriasis alba: una revisión. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*, 21(4), 1–6. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2023/dcm234l.pdf>

Cujilema, E. P. (2023). *Proyecto sobre alimentación saludable en asilados del Centro de Cuidado del Adulto Mayor “San Sebastián”.* Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/19850>

Dallari, P., & Ribba, A. (2020). The dynamic effects of monetary policy and government spending shocks on unemployment in the peripheral Euro area countries. *Economic Modelling*, 85, 218–232.

Davis, M. (2022). Dermatitis Eczema Symptoms. *Mayo Clinic*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/dermatitis-eczema/symptoms-causes/syc-20352380>

Edición Médica. (2020). *La dermatitis atópica es un desafío para los profesionales de salud y pacientes.* <https://www.edicionmedica.com>

ec/secciones/profesionales/la-dermatitis-atopica-es-un-desafio-para-pacientes-y-profesionales-de-la-salud--96435

Escarrer, M., & Guerra, M. (2019). *Dermatitis atópica*. Asociación Española de Pediatría. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11_dermatitis_atopica.pdf

España, A. (2023). *Dermatitis seborreica*. Clínica Universidad de Navarra. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/dermatitis-seborreica>

García, D., & Fraile, P. (2021). Anatomía y fisiología de la piel. Medicina Familiar y Comunitaria. *Clínica Dermatológica*, 24.

Gardeazábal, J. (2023). *Rash*. *Top Doctors*. <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/rash>

Garnacho, G., Vallejo, R., & Moreno, J. (2020). *Efectos de la radiación solar y actualización en fotoprotección*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403320301661>

Inc, T. S. (2023). *Dermatitis atópica: Visión general, diagnóstico y tratamiento*. *Thermo Fisher Scientific*. <https://www.thermofisher.com/diagnostic-education/hcp/ec/es/allergy/atopic-dermatitis-diagnosis-treatment.html>

Instituto de Medicina EGR. (2024). *El envejecimiento de la piel*. <https://www.egr.es/el-envejecimiento-de-la-piel/>

La Roche Posay. (2023). *¿Qué es la queilitis? Causas y curas: Cómo prevenir los labios agrietados*. <https://www.laroche-posay.es/article/que-es-la-queilitis-causas-y-curas-enfermedad-cronica>

Macri, M., Sica, D., & Morón, G. (2018). *Dermatitis por contacto*.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/4_guia_de_actuacion_y_diagnostico_-_dermatitis_por_contacto.pdf

Martínez, E. (2022). *Piel de mariposa o epidermólisis ampollosa*. Mapfre Salud. <https://www.salud.mapfre.es/enfermedades/dermatologicas/piel-mariposa-diagnostico-tratamiento/>

Maset, J. (2022). *Dermatitis seborreica*. CinfaSalud. <https://cinfasalud.cinfa.com/p/dermatitis-seborreic>

Mejia, G. (2021). *Calidad de vida y felicidad en la persona adulta mayor*. [https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/CALIDAD DE VIDA Y FELICIDAD EN LA PERSONA ADULTA MAYOR.pdf](https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/CALIDAD_DE_VIDA_Y_FELICIDAD_EN_LA_PERSONA_ADULTA_MAYOR.pdf)

Mena, C., & Valencia, A. (2020). *Guías diagnósticas y terapéuticas de las 10 patologías más frecuentes*. <http://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/GDermatologia.pdf>

Navarro, F. (2023). *Prurito en dermatología: Generalidades y pruritógenos*. Parte 1. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.03.003>

OUTDATE. (2021). *Atlas de dermatología*. Instituto Teófilo Hernando y de La Sociedad Española de Farmacología. https://www.iqb.es/dermatologia/atlas/d_atopica/atopica11.htm

Padilla, J. (2022). *Prevalencia de dermatitis atópica y su relación con la calidad de vida en pacientes atendidos en la Fundación Donum*. Cuenca 2021. [http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/38783/1/Trabajo de titulación.pdf](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/38783/1/Trabajo_de_titulacion.pdf)

Papadakis, M. A., McPhee, S. J., Rabow, M. W., & McQuaid, K. R. (2023). *Diagnóstico clínico y tratamiento*. McGraw-Hill

- Education. <http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1201396579>
- Pineda, A. (2015). *Perfil clínico-epidemiológico de dermatitis atópica en menores de 5 años*. Instituto Hondureño del Seguro Social. <http://www.bvs.hn/TMVS/pdf/TMVS10/pdf/TMVS10.pdf>
- Quesada, S. R. M. (2008). *Afecciones dermatológicas: Generalidades* (5ª edición). Editorial Universidad de Costa Rica. https://kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/81180/L-870_Afecciones.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ranganathan, S., & Mukhopadhyay, T. (2010). Dandruff: The most commercially exploited skin disease. *Indian Journal of Dermatology*, 55(2), 130–134. <https://www.e-ijd.org/article.asp?issn=0019-5154;year=2010;volume=55;issue=2;spage=130;epage=134;aulast=Ranganathan>
- Reis-Mansur, M., Luz, B., & Pereira dos Santos, E. (2023). Consumer behavior, skin phototype, sunscreens, and tools for photoprotection: A review. *Cosmetics*, 10(2), 39. <https://doi.org/10.3390/cosmetics10020039>
- Ridao, M. (2012). Dermatitis atópica. *Pediatría Integral*, 3. <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-04/dermatitis-atopica/>
- Rodríguez, M. (2022). *Dermatosis en el paciente geriátrico hospitalizado en un cuarto nivel de complejidad (FOSCAL/FOSUNAB)*. Universidad Autónoma de Bucaramanga. <http://hdl.handle.net/20.500.12749/16902>
- Rodríguez, S., Díaz, R., Cervera, M., Banda, A., Rodríguez, L., &

- Tejada, S. (2019). Participación de familiares cuidadores para el confort de personas mayores hospitalizadas. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 31(2), 71–76. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v31n2/1134-928X-geroko-31-02-71.pdf>
- Rounger, T. (2023). *Dermatitis atópica y eccema*. MSD Manuals. <https://www.msdmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-piel/prurito-y-dermatitis/dermatitis-atópica-eccema>
- Lawrence, S. (2023). *Dermatitis atópica*. Elsevier. https://www.google.com.ec/books/edition/Dermatitis_Atópica/j4u4EAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1
- Salazar, J., Nieto, E., Morales, V., & Fierro, A. (2019). Dermatitis seborreica: Diagnóstico y tratamiento. *Recimundo*, 3, 77–93. [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(3.Esp\).noviembre.2019.77-93](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(3.Esp).noviembre.2019.77-93)
- Sandoval, M. (2019). *Manual de dermatología*. Pontificia Universidad Católica de Chile. <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/01/Manual-Dermatologia-2019.pdf>
- Sprabary, A. (2020). *Dermatitis palpebral (eczema): Síntomas, causas y tratamiento*. All About Vision. <https://www.allaboutvision.com/es/condiciones/infecciones-alergias/dermatitis-en-parpados/>
- Thomas, R. (2023). *Dermatitis atópica (eccema)*. MSD Manuals. <https://www.msdmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-piel/prurito-y-dermatitis/dermatitis-atópica-eccema>
- Tortora, G., & Derrickson, B. (2006). *Principios de anatomía y fisiología* (13ª ed.). Editorial Médica Panamericana. <https://www.>

medicapnamericana.com/es/libro/principios-de-anatomia-y-fisiologia_re

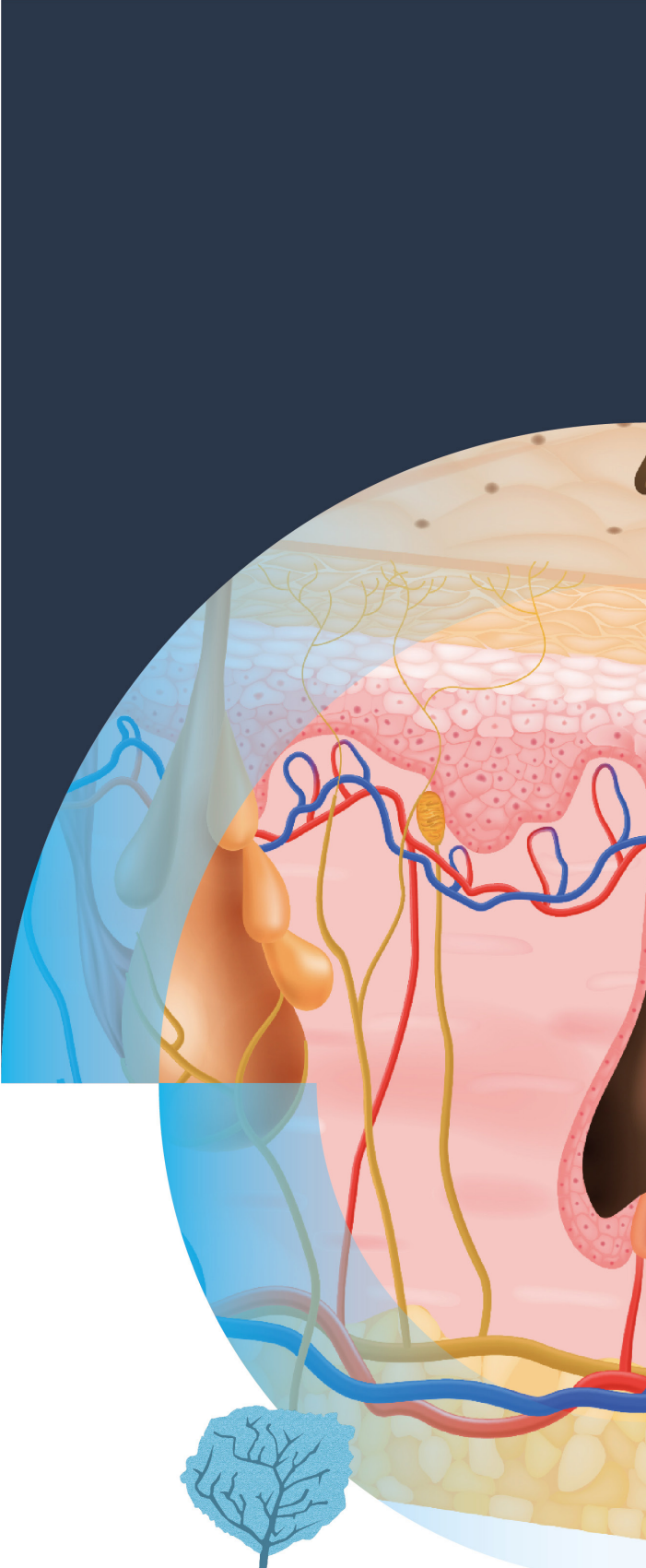
Velasquez, J. (2023). *Dermatitis atópica*. LinkedIn. <https://www.linkedin.com/pulse/dermatitis-atópica-laboratorio-qualipharm?originalSubdomain=es>

Wa, C., PJ, C., Å, S., TL, D., Blok, D., J, X., & HC, W. (2019). *Intervenciones para el eccema de manos* (Revisión). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004055.pub2>

Wallach, D. (2022). *Los informes de la dermatitis atópica*.

Yuste, M. (2004). Edema facial en síndrome de vena cava superior. *Medigraphic*, 32, 1–6. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2004/mc046e.pdf>

Zirwas, M. (2019). *Dermatitis de contacto a la cosmética*. Springer. <https://doi.org/10.1007/s12016-018-8717-9>



BOLIVARIANO
INSTITUTO SUPERIOR
UNIVERSITARIO



Manglar Editores

Tú lo escribes, ¡nosotros lo publicamos!

ISBN: 978-9978-11-070-6



9 789978 110706