

APRENDIENDO EL ABORDAJE DE LESIONES CUTÁNEAS SECUNDARIAS A DERMATOPOROSIS A TRAVÉS DE UN CASO SIMULADO

LEARNING THE APPROACH TO SKIN LESIONS SECONDARY TO DERMATOPOROSIS THROUGH A SIMULATED CASE

Autores:  Nerea Rubianes-Bouza ⁽¹⁾,  Luis Arantón-Areosa ^{(2) (*)},  José María Rumbo-Prieto ^(3,4).

(1) Grado en Enfermería. Área Sanitaria de Ferrol (España).

(2) PhD, MSN, RN. Centro de Salud de Narón. Área Sanitaria de Ferrol (España).

(3) PhD, MSN, FNP, RN. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

(4) Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de A Coruña (España).

Contacto (*) luaranton@yahoo.es

Fecha de recepción: 20/08/2024

Fecha de aceptación: 18/10/2024

Rubianes-Bouza N, Arantón-Areosa L, Rumbo-Prieto JM. Aprendiendo el abordaje de lesiones cutáneas secundarias a dermatoporosis a través de un caso simulado. *Enferm Dermatol.* 2024;18(53): e01-e09. DOI: 10.5281/zenodo.14570314

RESUMEN:

Este estudio de revisión clínica recoge las pautas básicas para el cuidado integral de un paciente con lesiones cutáneas secundarias a dermatoporosis. Se aborda esta problemática desde un punto de vista holístico, incluyendo estrategias terapéuticas y plan de cuidados de enfermería para paliar la Insuficiencia Crónica de la Piel. Se pone énfasis en poner en práctica medidas de prevención relacionadas principalmente con la hidratación cutánea, la protección solar y todas aquellas acciones que tengan como objeto evitar las caídas y lesiones, así como formar al personal sanitario en esta materia.

Palabras clave: Dermatoporosis; Insuficiencia Crónica de la Piel, Entrenamiento simulado.

ABSTRACT:

This clinical review study includes basic guidelines for the comprehensive care of a patient with skin lesions secondary to dermatoporosis. This problem is addressed from a holistic point of view, including therapeutic strategies and a nursing care plan to alleviate Chronic Skin Failure. Emphasis is placed on implementing preventive measures related mainly to skin hydration, sun protection and all those actions that aim to avoid falls and injuries, as well as training healthcare personnel in this area.

Keywords: Dermatoporosis; Chronic Skin Failure, Simulated training.

INTRODUCCIÓN:

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) se está produciendo un cambio en la distribución de la población hacia edades avanzadas, que se conoce como envejecimiento poblacional: una de cada seis personas en el mundo supera los 60 años de edad⁽¹⁾.

A su vez, la esperanza de vida media de la población española alcanza los 83,07 años, presentando un 19,97% de personas mayores de 65 años y un 6% de octogenarios, esta longevidad se asocia con el aumento de determinadas patologías (cronicidad), así como con incremento de morbilidad y mortalidad⁽²⁾.

La piel, el órgano más grande de nuestro cuerpo y la principal barrera fisiológica externa del mismo, sufre cambios morfológicos y funcionales, derivados del envejecimiento y de la exposición continua a agresiones externas e internas, lo que deteriora y ralentiza su función fisiológica, provocando síntomas de envejecimiento cutáneo que se caracteriza por la aparición de arrugas, adelgazamiento de las capas de la piel y aumento de sequedad cutánea, que impactan de forma significativa en su capacidad de resistencia y en su función de regeneración y curación, con retrasos y complicaciones en la cicatrización normal^(3,4).

La Dermatoporosis o Insuficiencia crónica de la piel es una afección que se define como "*fragilidad cutánea excesiva inducida por la pérdida creciente de la función protectora de la piel con la edad*"⁽⁵⁾. Ocurre cuando el envejecimiento cutáneo fisiológico se ve agravado por la pérdida o disminución del ácido hialurónico, pérdida de elastina y colágeno que derivan en una fragilidad cutánea exagerada, provocando que se produzcan lesiones importantes (desgarros cutáneos, hematomas, etc.), ante pequeños traumatismos de carácter leve⁽⁴⁾.

Se producen una serie de cambios fisiológicos relacionados con el exceso de exposición a radiación ultravioleta, la longevidad y el envejecimiento⁽⁶⁾. En este proceso fisiológico, la piel se vuelve más fina y seca, con disminución del ácido hialurónico, de elastina (pérdida de elasticidad) y de colágeno (mayor fragilidad cutánea), por lo que, en caso de lesiones, el proceso de cicatrización se vuelve más largo y lento, al mismo tiempo que la piel es más frágil ante cualquier traumatismo (lo que se agrava, con la disminución de sensibilidad que también conlleva).

FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

Los signos clínicos (clásicos y precoces), suelen presentarse en zonas expuestas y desprotegidas frente al sol, como son: antebrazos, miembros inferiores, dorso de la mano, tórax y cuero cabelludo, siendo además frecuente, debido en parte a la sequedad de la piel, observar en muchos casos, lesiones cutáneas de rascado⁽⁴⁾.

Los signos precoces se corresponden con pérdida de luminosidad y elasticidad de la piel, sequedad, xerosis, rugosidad, prurito, alteraciones en la pigmentación y aparición de arrugas, excoriaciones superficiales y cambios estructurales en la piel⁽⁶⁾. El espesor de la piel normal suele estar entre 1,4-1,5 mm, contra los 0,7-0,8 mm en personas con dermatoporosis, lo que contribuye a esa mayor fragilidad⁽⁵⁾. Estos signos iniciales, se suelen comenzar a apreciar en torno a los 60 años⁽⁵⁾, en 1 de cada 3 pacientes.

Los signos clínicos clásicos suelen aparecer ya entre los 70 y 90 años⁽⁵⁾. Se corresponden con púrpura senil o de Bateman (que es un sangrado espontáneo repetitivo y autolimitado en la dermis, sin anomalías de la coagulación), atrofia cutánea (piel fina con presencia de arrugas muy delgadas y numerosas) y pseudocicatrices estelares, que son laceraciones espontáneas con apariencia estelar⁽⁷⁾ (Imagen 1).



Imagen 1: Signos clínicos de Dermatoporosis (Adaptado de Palomar F. 2013)⁽⁴⁾.

En función de los signos clínicos, se ha establecido una clasificación en cuatro estadios (Tabla I). La atrofia cutánea, púrpura senil y las cicatrices estelares son un marcador durante las etapas tempranas (Estadios I y II) como puede observarse en las Imágenes 1 y 2.



Imagen 2: Lesiones típicas de la dermatoporosis según el estadio (Fuente: imagen cedida por Luis Arantón),

SIGNOS CLÍNICOS	ESTADIO I	ESTADIO II	ESTADIO III	ESTADIO IV
ATROFIA CUTÁNEA	X	X	-	-
PÚRPURA SENIL	X	X	-	-
PSEUDO CICATRICES	X	X	-	-
LACERACIONES CUTÁNEAS	-	X	X	-
HEMATOMAS DISECANTES PROFUNDOS	-	-	-	X

Tabla 1: Clasificación Clínica de la dermatoporosis (Fuente: elaboración propia).

Los desgarros cutáneos o "Skin Tears" (Estadios II y III) aunque pueden aparecer (tras mínimos traumatismos) en el estadio II, aumentan en incidencia y severidad en el Estadio III con lesiones extensas y recalcitrantes⁽⁶⁾. El término anglosajón "Skin Tears", no tiene traducción literal en español y por consenso se traduce como "desgarro cutáneo" y consisten en "una herida causada por cizallamiento, fricción, y/o fuerza contundente, que da como resultado una separación de las capas de la piel, con el resultado de un colgajo/desgarro de piel de espesor parcial (separación de la epidermis de la dermis) o total (separación de la epidermis y dermis de las estructuras subyacentes)"⁽⁸⁾ (Imagen 2). Cabe destacar que en la evidencia científica más reciente, ya son considerados lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia⁽⁹⁾.

Por su parte, el hematoma disecante profundo, supone "un sangrado extenso en el espacio entre la piel y grasa subcutánea y a lo largo de la miofascia, que puede producir necrosis cutánea superficial", ocurre en la fase más avanzada, tras pequeños traumatismos que evolucionan a zonas amplias de necrosis, principalmente en los miembros inferiores por debajo de la rodilla⁽⁵⁾ (Imagen 3).



Imagen 3: Desgarro cutáneo y hematoma disecante (Fuente: imagen cedida por Luis Arantón),

Los hombres se ven afectados hasta 5 veces más que las mujeres y se cree que se debe a que éstas, están más concienciadas en cuanto al uso de fotoprotectores y cremas

hidratantes⁽¹⁰⁾. En todo caso, es importante resaltar que la zona geográfica y las horas de sol de cada área pueden tener una relación directa con este problema.

Así pues, la Dermatoporosis aumenta cada día y es una fuente de discomfort, morbilidad, y disminuye la calidad de vida, implicando un creciente gasto sanitario de los distintos sistemas de salud. Vivimos en una sociedad cada vez más envejecida, por lo que se prevé que, en unos años, las consecuencias sean mayores. Es por esto que es primordial, trabajar activamente en la prevención, para lo que es preciso, por una parte, mejorar la formación de los profesionales de enfermería y de los demás sanitarios en esta materia poco conocida, así como realizar educación para la salud a los pacientes afectados, para mejorar y resolver los problemas ya identificados y a la población en general, para promover un cambio efectivo de hábitos que mejoren la prevención, puesto que la población también ignora, en buena parte, esta dolencia⁽¹¹⁾.

La simulación de este caso clínico permite poder plantear las pautas básicas para el cuidado integral de un paciente. Así mismo, su planteamiento práctico, al tratarse de un caso clínico simulado de un paciente real, nos permite establecer un plan de cuidados individualizado y específico, que nos va a facilitar implementar los cuidados de enfermería basados en la evidencia que necesita, en función de las características de evolución clínica, garantizando un tratamiento integral (educación sanitaria sobre medidas de prevención y manejo, terapéutico de las lesiones), a través de la aplicación de la taxonomía enfermera NANDA, NIC y NOC en la elaboración de un plan de cuidados. Este planteamiento didáctico, facilita además que otros profesionales o alumnos/as, puedan desarrollar competencias y adquirir conocimientos, para poder afrontar otros casos similares⁽¹²⁾.

METODOLOGÍA:

Se realizó una revisión clínica basada en recomendaciones de evidencia según la literatura y la práctica enfermera; con la finalidad de servir de guía a los/as profesionales de enfermería.

A través de una fundamentación teórico-práctica de un caso clínico figurativo, sobre el abordaje integral del paciente con pie diabético, y desde una perspectiva clínica de cuidados de enfermería, se establecieron los criterios prácticos para un adecuado cuidado de este tipo de pacientes.

También se tuvo en cuenta la aplicación de la técnica de grupo nominal (grupo de expertos), para selección de pautas terapéuticas, plan de cuidados y tratamientos aplicados.

Finalmente, se realizó una exposición de resultados según la evidencia interna (práctica clínica habitual) y evidencia científica de protocolos, procedimientos, manuales y guías de práctica clínica sobre pie diabético con discusión narrativa que justifica el procedimiento y la práctica aconsejada en cada caso.

RESULTADOS:

DESCRIPCIÓN DEL CASO SIMULADO

Nuestro caso figurado, trata de una mujer de 86 años con diagnósticos de hipertensión (controlada con dieta y medicación), insuficiencia cardíaca, síndrome de fragilidad cutánea (dermatoporosis), deterioro cognitivo de origen vascular, que le produce cierta inestabilidad y dificultad para moverse de forma autónoma e insuficiencia vascular venosa en extremidades inferiores.

Dada su pluripatología, está polimedicada (antihipertensivos, digoxina, diuréticos, antiagregantes y fármacos venotónicos) y es completamente independiente para las actividades de la vida diaria.

No suele utilizar productos hidratantes, ni protectores solares, a pesar de que se le ha indicado en múltiples ocasiones desde hace años. En la piel, presenta algunos cambios fisiológicos significativos, caracterizados por:

- Pérdida de luminosidad y de elasticidad de la piel, con bastante sequedad, abundantes arrugas, xerosis y prurito, sobre todo en zonas expuestas.
- Alteraciones de la pigmentación, piel traslúcida y presencia de cicatrices estelares.
- Alteraciones vasculares cutáneas (púrpura senil).

Todas estas características, inducen a que la paciente presente mucha facilidad para sufrir lesiones con mínimos traumatismos.

La paciente sufre una pequeña contusión accidental, en la mano izquierda, al ir a cerrar la puerta de casa. Inicialmente no le da demasiada importancia porque es muy superficial. Instaura tratamiento en domicilio con povidona yodada durante una semana.

Acude a su enfermera, porque no observa avances significativos en la cicatrización y porque cada vez el dolor es más intenso en toda la mano. Como se puede observar en la **imagen 4**, una parte de la piel está retraída (con riesgo de necrosis) y no llega a cubrir toda la lesión.



Imagen 4: Lesión accidental en mano izquierda (Fuente: imagen cedida por Silvia Cerame, Clínicas CMUC).

Valoración clínica:

El primer paso ante una herida o cualquier otro proceso de salud-enfermedad en nuestros pacientes deberá ser una buena valoración integral, por medio de una entrevista y atendiendo también a la historia clínica. Comenzaremos por una valoración pormenorizada (global y holística), de la paciente, continuando por la valoración específica de la herida.

La paciente refiere en la entrevista clínica que no es la primera vez que le ocurren accidentes de este tipo, pero que hace unos años le cicatrizaban sin tanta demora. En cuanto a sus antecedentes personales, esta paciente presenta hipertensión controlada con dieta y medicación. Es una paciente polimedicada, en donde destacamos los antiagregantes, diuréticos y venotónicos.

Pese a que es independiente para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), presenta también inestabilidad y dificultad para moverse de forma autónoma, debido a un deterioro cognitivo de origen vascular, lo que le provoca mayor riesgo de accidentes y lesiones.

No refiere ningún otro problema de salud aparte de los especificados previamente, pero insiste en que progresivamente nota más seca la piel de los brazos, manos y piernas, con más arrugas y con bastantes manchas cutáneas, lo que se ha intensificado a lo largo de los últimos 20 años, acompañándose en ocasiones de prurito, que le resulta desagradable.

Hay que destacar que la paciente refiere signos de fragilidad y sequedad cutánea, con antecedentes de otras lesiones cutáneas, lo que se corresponde con los signos típicos de la dermatoporosis. En cuanto a sus antecedentes familiares, no se encuentra ningún dato relevante.

En los últimos días presenta cierto edema y dolor en la mano izquierda, con una puntuación de 7 sobre 10, en la escala verbal numérica para el dolor.

Reconoce que no se aplica ningún preparado hidratante, aunque su médico y enfermera le habían indicado en múltiples ocasiones la necesidad de hidratar, al menos, las zonas de piel expuestas a la radiación ultravioleta (cara, cuello, brazos y piernas).

En la exploración de la lesión, se observa una herida superficial pero extensa (aproximadamente de unos 6x4 cm), situada en el dorso de la mano izquierda, con avulsión y retracción parcial de la piel, en la que aparentemente presenta en su zona central, una especie de hematoma superficial. El lecho de la herida está limpio, apenas presenta exudado, ni signos inflamatorios. La piel perilesional en buenas condiciones, sin edema, ni maceración.

Los bordes de la lesión no pueden aproximarse por la retracción cutánea de la parte superior, por lo que deberá cicatrizar por segunda intención.

Establecer un plan de cuidados individualizado para la paciente, requiere de un planteamiento clínico adecuado y exhaustivo, por lo que partiendo del modelo de las 14 necesidades básicas de salud de Virginia Henderson, realizaremos

la correspondiente valoración de la paciente, identificando que necesidades presenta alteradas, para poder establecer, desde un razonamiento enfermero, el plan de cuidados específico, que dé respuesta a los problemas identificados.

Paralelamente diseñar e implementar un plan terapéutico, en el que se debe incluir una sistemática de curas de la herida, así como una serie de cuidados, que puedan facilitar la cicatrización de la lesión y el tratamiento de los signos cutáneos que presenta, para limitar su evolución y como prevención de nuevas lesiones.

Dentro de este plan terapéutico, para el seguimiento y vigilancia de los signos y lesiones, es imprescindible, una evaluación completa, minuciosa y estructurada de la piel, para lo que puede resultar útil y recomendable, utilizar la que propone el ISTAP (International Skin Tear Advisory Panel) (Tabla II) en su Guía de Recomendaciones de 2020 (13), que además nos permitirá hacer un seguimiento y llevar un control de posibles cambios evolutivos que se puedan dar en el estado de salud del paciente.

COMPONENTES CLAVE DE UNA ADECUADA VALORACIÓN DE LA PIEL
■ Evaluación de la piel
■ Historia médica del paciente
■ ¿Tiene el paciente factores de riesgo intrínsecos para una piel vulnerable, como edad avanzada, diabetes, atopia (respuesta inmunitaria aumentada a los alérgenos) o piel fina?
■ ¿Está la piel intacta?
■ ¿Tiene el paciente factores de riesgo relacionados con las heridas, como eczema varicoso, infección, altos niveles de exudado/humedad excesiva, edema o erupción puntiforme?
■ ¿Tiene el paciente alguna afección cutánea? ¿Presenta algo inusual, como eritema o sequedad, o la piel duele o pica? ¿Cómo siente su piel el paciente?
■ Evaluación de los conocimientos del paciente sobre su afección cutánea
■ Historia de la afección cutánea:
- ¿Desde cuándo sufre el paciente la afección?
- ¿Con qué frecuencia se produce?
- ¿Presenta variaciones estacionales?
- ¿Tiene antecedentes familiares de afecciones cutáneas?
- ¿Podrían el trabajo o las aficiones del paciente afectar a su piel (p. ej., exposición a sustancias químicas, lavado repetido de manos)?
- ¿Qué medicamentos toma el paciente (en especial si son fármacos de uso prolongado como los corticoides)?
- ¿Tiene alguna alergia conocida?
- ¿Está expuesto a otros factores de riesgo extrínsecos (p. ej., aumento de la exposición al sol, tabaco, alcohol)?
- Tratamientos previos y pasados y su eficacia
- ¿Algún tratamiento, acción o comportamiento influye en su afección?
- ¿Nota algún olor?
■ Toque o presione suavemente la piel para obtener información sobre su textura
■ Con las puntas de los dedos, compruebe la temperatura de la piel (o utilice termografía de infrarrojos sin contacto)
■ Preferentemente, realice la exploración de piel en una sala privada y cálida (aunque se reconoce que esto no es siempre posible)

Tabla 2: Evaluación completa de la piel (Fuente: adaptado de "Recomendaciones de las Mejores Prácticas 2020". Wounds International) (13).

Una vez identificados los factores de riesgo y realizada la evaluación completa de la piel, es aconsejable repetir sistemáticamente esta valoración, integrándola a su vez en el plan de cuidados, como un "Programa de Reducción de Riesgos", con registros específicos que permitan detectar cualquier cambio que pueda surgir en la evolución del paciente. Para ello, será muy útil la utilización de un check-list o lista de verificación específica, similar al que recomienda el ISTAP (Tabla III) (13).

Programa de prevención de riesgos en Dermatoporosis - Check list

○	Informar sobre fragilidad cutánea, riesgo y prevención de lesiones (paciente-cuidador).
○	Implicar al paciente/cuidador de forma activa en las decisiones sobre sus cuidados.
○	Promover nutrición e hidratación adecuadas (evitar tabaco y alcohol).
○	Remitir al paciente al especialista si presenta patologías concomitantes (diabetes).
○	Controlar posibles efectos de fármacos sobre la piel (corticoides).
○	Inspeccionar la piel y valorar riesgo de traumatismo (si está seca, frágil y vulnerable).
○	Tratar la piel seca con productos emolientes / hidratantes 2 veces /día.
○	Recomendar aseo y cuidado de la piel con jabón suave y agua templada. Secar bien.
○	Mantener las uñas cortas (evitar lesiones por rascado).
○	Fomentar el uso de prendas protectoras (gorra, espinilleras, manga larga...).
○	Promover utilización de calzado cómodo/ confortable.
○	Evitar lesiones cutáneas por adhesivos (usar apósitos de silicona y vendas cohesivas).
○	Controlar la posibilidad de lesiones cutáneas por su actividad, ocio o por mascotas.
○	Evitar fuerzas de fricción / cizallamiento (dispositivos, sábana entremetida, grúa...).
○	Realizar evaluación y prevención del riesgo de caídas.
○	Promover entorno seguro (luz adecuada, asas, retirada de alfombras y obstáculos...).
○	Colocar acolchado protector en equipos, esquinas y muebles.

Tabla III: Lista de verificación del programa de reducción de riesgos (Fuente: adaptado de "Recomendaciones de las Mejores Prácticas 2020". Wounds International) (13).

Plan de actuación:

A) Fase de valoración:

El modelo de Virginia Henderson, consta de 14 necesidades: Respiración, Nutrición, Eliminación, Movimiento/postura, Descanso/sueño, Vestido, Termorregulación, Higiene/protección de la piel, Evitar peligros, Comunicación, Valores/creencias, Trabajar/realizarse, Recreo y Aprendizaje.

En primer lugar, se debe valorar al paciente de forma holística y distinguir qué necesidades están cubiertas y cuáles no. En este caso, no están cubiertas movimiento/postura, higiene/protección de la piel y evitar peligros y aprendizaje. A continuación, se relacionan las necesidades para las que la paciente no es independiente, con los diagnósticos enfermeros (NANDA, *North American Nursing Diagnosis Association*)⁽¹⁴⁾, con el objetivo de poder llevar a cabo el plan de cuidados (Tabla IV).

Necesidades del Modelo de Virginia Henderson	Diagnósticos de enfermería NANDA
Necesidad de movimiento /postura	[00085] Deterioro de la movilidad física
Necesidad de higiene /protección	[00046] Deterioro de la integridad cutánea
Necesidad de evitar peligros	[00132] Dolor agudo [00303] Riesgo de caídas del adulto
Necesidad de aprendizaje	[00126] Conocimientos deficientes.

Tabla IV: Diagnósticos de enfermería (NANDA) y valoración de Necesidades (Fuente: elaboración propia).

En cuanto a la herida, para clasificarla, es preciso tener en cuenta las características de cada signo clínico y en el caso de los desgarros cutáneos, atender a los 3 tipos que existen

(Imagen 5), atendiendo en este caso a la clasificación de ISTAP (9). Estos son:

- **Tipo 1:** Sin pérdida de piel. Laceración lineal o colgajo, que puede volverse a colocar para cubrir el lecho de la herida.
- **Tipo 2:** Pérdida parcial de piel donde no puede volverse a colocar el colgajo para cubrir el lecho de la herida.
- **Tipo 3:** Pérdida completa del colgajo, con exposición de todo el lecho de la herida.



Imagen 5: Tipos de desgarros cutáneos (Tomado de Chiquero S.; 2023) (10).

En este caso se trata de un desgarro cutáneo tipo 2, con pérdida parcial de la piel, que impide recolocar el colgajo, por lo que la herida debe cicatrizar por segunda intención (a partir de los bordes de la lesión).

Es importante determinar si existen signos clínicos de infección, así como identificar si existe o no biofilm. El biofilm es una colonia de microorganismos que se ubican dentro de una matriz de sustancia polimérica extracelular. Las células microbianas se mantienen adheridas entre sí y a una superficie estática, que podría ser viva o no⁽¹⁵⁾. En este caso, no se observan signos de infección, ni presencia de biofilm.

B) Fase de planificación:

A la hora de planificar un buen plan de cuidados, será necesario en primer lugar identificar qué es aquello que queremos conseguir, nuestros objetivos. Para ello, no solo se debe tener en cuenta la evidencia científica y nuestros conocimientos enfermeros, será también muy importante entender las condiciones socioeconómicas, prioridades y preferencias del paciente. En este caso, el objetivo principal es conseguir la integridad cutánea. Los objetivos específicos serán prevenir las caídas y mejorar el manejo del deterioro de la movilidad física, controlar el dolor y mejorar los conocimientos que la paciente posee.

Por tanto, una vez definidos estos aspectos, se realiza el plan de cuidados con los correspondientes diagnósticos enfermeros NANDA, criterios de resultados NOC (*Nursing Outcomes Classification*) e intervenciones NIC (*Nursing Interventions Classification*)^(Tablas V, VI y VII), que conducirán a la satisfacción de las necesidades del paciente y a la restitución de la integridad cutánea. Los cuidados sobre conocimientos deficientes y sobre manejo del dolor agudo se abordan dentro del diagnóstico de Deterioro de la integridad cutánea.

FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA		
MANIFESTACIONES CLÍNICAS		FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> - Interrupción de la superficie de la piel - Excoriación - Sangrado - Dolor agudo 		<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento inadecuado del cuidado sobre la protección de la integridad tisular - Fuerzas cizallamiento - Disminución de la movilidad física - Personas con edades extremas
NOC	NIC	ACTIVIDADES
NOC: [00046] Curación herida por segunda intención	NIC [5618] Enseñanza: procedimiento / tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar el propósito del procedimiento / tratamiento - Explicar el procedimiento/tratamiento - Corregir las expectativas poco realistas del procedimiento/tratamiento, según corresponda. - Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.
	NIC [3680] Irrigación de heridas	<ul style="list-style-type: none"> - Reunir el equipo y suministros necesarios a la cabecera de la cama del paciente - Ayudar al paciente a adoptar una posición cómoda - Lavar la herida suavemente
	NIC [3660] Cuidados de las heridas	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. - Medir el lecho de la herida, según corresponda. - Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda. - Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida.
NOC: [1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas	NIC: [1801] Ayuda con el autocuidado: baño/higiene	<ul style="list-style-type: none"> - Comprobar la limpieza de uñas, según la capacidad de autocuidado del paciente - Controlar la integridad cutánea del paciente - Colocar toallas, jabón, desodorante, y demás accesorios necesarios a la cabecera del paciente o en el baño.
	NIC [1410] Manejo del dolor: agudo	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación. - Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior. - Prevenir o controlar los efectos secundarios de los medicamentos.

Tabla V: Diagnóstico de enfermería (NANDA) de Deterioro de la integridad cutánea, actividades NIC y resultados NOC. (Fuente: elaboración propia).

RIESGO DE CAÍDAS DEL ADULTO		
MANIFESTACIONES CLÍNICAS		FACTORES RELACIONADOS
No aparecen		<ul style="list-style-type: none"> - Deterioro de la movilidad física - Deterioro equilibrio postural - Personas >60 años
NOC	NIC	ACTIVIDADES
NOC [1909] Conducta de prevención de caídas	NIC [6610] Identificación de riesgos	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la disponibilidad y calidad de recursos (p. ej., psicológicos, económicos, nivel educativo, familia y otros recursos sociales, y comunidad). - Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo. - Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o grupo - Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos - Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama

Tabla VI: Diagnóstico de enfermería (NANDA) de Riesgo de caídas del adulto, actividades NIC y resultados NOC. (Fuente: elaboración propia).

DETERIORO DE LA INMOBILIDAD FÍSICA		
MANIFESTACIONES CLÍNICAS		FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> - Alteración muscular - Inestabilidad postural - Movimientos descoordinados 		<ul style="list-style-type: none"> - Disfunción cognitiva - Disminución control muscular
NOC	NIC	ACTIVIDADES
NOC: [1308] Adaptación a la discapacidad física	NIC: [5230] Mejorar el afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo - Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos - Valorar y comentar las respuestas alternativas a la situación - Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados
	NIC [6480] Manejo ambiental	<ul style="list-style-type: none"> - Crear un ambiente seguro para el paciente. - Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas, según corresponda. - Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras o mantas sueltas y muebles pequeños, móviles). - Proporcionar una cama y un entorno limpios y cómodos. - Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío. - Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos.

Tabla VII: Diagnóstico de enfermería (NANDA) de Deterioro de la inmovilidad física, actividades NIC y resultados NOC. (Fuente: elaboración propia).

C) Fase de ejecución:

Una vez diagnosticado el desgarro cutáneo, y clasificado según la ISTAP, nos encontramos ante un desgarro cutáneo de tipo 2. El colgajo presenta alto riesgo de necrosis, por lo que es necesario desbridarlo, ya que no es tejido viable⁽¹⁶⁾. Se deben tener en cuenta varios pasos a seguir^(13,17). En primer lugar, se debe controlar el sangrado ejerciendo una ligera presión y elevando la extremidad. A continuación, se debe realizar una buena limpieza de la herida, eliminando los residuos y restos hemáticos que pueda contener, irrigando con suero salino fisiológico, agua potable o limpiadores surfactantes no iónicos, con jeringa de 20 mm y catéter de calibre 21 G. Es igualmente importante hacerlo de manera cuidadosa, de forma que no generemos un daño en el lecho y en la piel perilesional.

En cuanto a la elección del apósito primario, si existe riesgo de sangrado, una buena opción sería usar un apósito de alginato cálcico, porque tiene propiedades hemostáticas. Como apósito secundario, usaríamos un apósito de espuma de poliuretano de baja adherencia con cara de silicona. Posteriormente, cuando ya esté controlado el riesgo de sangrado, se pasaría a un apósito de malla de poliéster recubierta con partículas hidrocoloide y componentes lipídicos, que reduce el riesgo de adherencias. Como apósito secundario se podría utilizar la misma espuma adhesiva de silicona o usar este directamente como apósito único (espuma de baja adherencia, con cara de silicona)⁽⁹⁾.

Igual de importante que tomar una buena decisión en cuanto a qué apósito escoger, lo es la forma en que se retira, ya que corremos el riesgo de dañar más la piel. Debe retirarse en la dirección del colgajo (si lo hubiera), además debemos

señalar la dirección del colgajo, con una flecha en el apósito. También se puede retirar lentamente, sin traccionar directamente hacia arriba con mucho cuidado (podría ser necesario utilizar algún producto de barrera en los bordes perilesionales).

Otro aspecto prioritario es la educación para la salud en esta paciente, ya que evitaremos un empeoramiento progresivo del estado de la piel y la posibilidad de futuras lesiones. En este caso, recalcaremos la importancia de una buena hidratación tópica (preferiblemente dos veces al día), aplicación de prendas y sustancias fotoprotectoras (es recomendable utilizar gorro o sombrero y manga larga), y el establecimiento de medidas para minimizar el riesgo de traumatismos (calzado cómodo, espacios en orden y despejados), así como cualquier aspecto que pueda suponer riesgo de accidentes en su vivienda (buena iluminación). Asimismo, no olvidar las recomendaciones para el tratamiento del dolor, aunque al utilizar productos de cura en ambiente húmedo, suele ser suficiente. Además, se realizará asesoramiento sobre la medicación, su utilidad y posibles efectos adversos. Se recomienda mantener la cura sin levantar, durante al menos cinco días, en especial si la piel del colgajo se puede reposicionar⁽⁹⁾.

Nos encontramos con tejido no viable, se debe desbridar, puesto que, de no hacerlo, podría prolongar la fase inflamatoria, aumentar la probabilidad de infección y no impedir que se contraiga la herida.

No se recomienda usar apósitos adhesivos, ni reposicionar la piel por medio de suturas o grapas, debido a la fragilidad cutánea que lleva inherente la dermatoporosis.

Como en cualquier otra herida aguda, se debe valorar si está indicado administrar profilaxis antitetánica, no siendo necesario en este caso.

Tras 8 días de tratamiento con la pauta mencionada, se observa una buena evolución de la lesión, con disminución del dolor y cierta recuperación de elasticidad y color, aunque presenta un ligero edema, debido a que mantiene la mano inmóvil y en posición baja la mayor parte del tiempo, a pesar de las indicaciones recibidas (Imagen 6).



Imagen 6: Lesión tras 8 días de tratamiento (Fuente: imagen cedida por Silvia Cerame, Clínicas CMUC).

Controlado el edema con movilización de los dedos y posicionamiento de la mano, se continúa curando con un apósito de espuma de baja adherencia y cara de silicona, observándose buena evolución de la lesión a los 20 días de tratamiento presentado una disminución importante del tamaño y mejoría general de su aspecto (Imagen 7).



Imagen 7: Lesión tras 20 días de tratamiento (Fuente: imagen cedida por Silvia Cerame, Clínicas CMUC).

La lesión se considera completamente epitelizada tras 46 días de evolución (Imagen 8), aunque durante los siguientes días, como protección de los tejidos neoformados, se aplica un apósito de hidrocloide extrafino.



Imagen 8: Lesión epitelizada tras 46 días de tratamiento (Fuente: imagen cedida por Silvia Cerame, Clínicas CMUC).

D) Fase de evaluación:

Para la evaluación, es necesario revisar si los NOC se han resuelto satisfactoriamente. Con este cometido, se deberán observar si los indicadores se cumplen.

En el caso del NOC 1103: Curación herida por segunda intención, los indicadores que reflejan una mejoría son granulación y disminución del tamaño de la herida, siendo positiva su valoración. Debemos vigilar que otros indicadores como son piel macerada, mal olor o necrosis no aparezcan.

En cuanto al NOC 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas, destacan los indicadores integridad de la piel, lesiones y descamación cutánea, que también se consiguen.

FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

Por otro lado, el NOC 1909, Conducta de prevención de caídas con los indicadores: Utiliza zapatos bien ajustados con cordones, elimina el desorden, derramamientos y abrillantadores del suelo y proporciona iluminación adecuada, también han conseguido su objetivo de evitar caídas.

Para el NOC 1308, Adaptación a la discapacidad física, destacan los indicadores de: Verbaliza capacidad para adaptarse a la discapacidad y modifica los objetivos de su carrera para adaptarse a la discapacidad, que se consiguen, pero que será importante reevaluar periódicamente de forma controlada y sistematizada.

Medidas de prevención:

Paralelamente a las pautas de curas de las lesiones, se deben instaurar una serie de cuidados imprescindibles para un mejor avance de la cicatrización y a la vez para minimizar los riesgos de nuevas lesiones, que dado que la Dermatoposis es una patología crónica y progresiva, deberían seguir administrándose para siempre⁽¹⁵⁾:

- Utilizar protector solar (con factor elevado de fotoprotección), con el fin de prevenir los efectos de la radiación (Rayos UVA y UVB). También es aconsejable utilizar medios físicos, como mangas y pantalones largos, lugares con sombra y evitar tomar el sol en las horas centrales del día⁽⁵⁾.
- Fomentar, el uso de productos hidratantes tópicos ricos en vitamina C y E, retinoides y ácido hialurónico, que pueden contribuir a restaurar la función de barrera de la piel, reducir el picor y aumentar el grado de hidratación cutánea (su aplicación dos veces al día puede reducir la incidencia de desgarros cutáneos).
- Los geles de baño deberían tener un pH de entre 4,5 y 6,5, no ser sensibilizantes, ni aromáticos⁽¹³⁾.
- Para prevenir traumatismos, pueden utilizarse prendas de vestir como protección (espinilleras, coderas, mangas largas, pantalones, guantes, calcetines altos y calzado resistente).
- Eliminar las joyas y uñas afiladas en el personal asistencial, para evitar producir lesiones.
- Controlar el entorno (muebles acolchados, apoyabrazos y protectores para las piernas en las sillas de ruedas, iluminación adecuada y estancias ordenadas⁽¹⁸⁾).
- Una adecuada nutrición, es necesaria, tanto para prevenir como para tratar la insuficiencia crónica de la piel, especialmente el valor proteico. En el caso de aquellas personas menores de 70 años, se recomienda una ingesta de 0,8 mg/kg/día de proteínas, pero a partir de los 70 años, la recomendación pasa a 1 mg/kg/día (principalmente de ovoalbúmina y proteínas animales)⁽⁵⁾.
- Controlar la medicación que toma el paciente. Los anticoagulantes y los corticoesteroides pueden empeorar el pronóstico de padecer Dermatoposis. Pese a que los antidepresivos, los medicamentos dopaminérgicos y los antipsicóticos, si bien no tienen efectos en la fisiología cutánea, sí pueden producir mareos, marcha inestable y confusión, aumentando la probabilidad de sufrir caídas⁽¹⁸⁾.

- En todo este proceso siempre es conveniente colaborar con otros profesionales sanitarios y promover la implicación del propio paciente y familia. Deben ser capaces de tomar decisiones y tener la confianza suficiente en nosotros, para contarnos la información relevante. Para poder colaborar en su propio proceso de salud, es necesario que dispongan de toda la información relevante sobre su proceso. En este aspecto, puede ser de gran utilidad el uso de "la lista de verificación de autocuidados para pacientes con piel vulnerable" (Tabla VIII)⁽¹³⁾.

<input type="checkbox"/> ¿Se me ha facilitado un plan de cuidado de la piel personalizado?
<input type="checkbox"/> ¿Utilizo un producto emoliente todos los días?
<input type="checkbox"/> ¿Estoy comiendo bien y bebiendo la suficiente cantidad de agua?
<input type="checkbox"/> ¿Me mantengo lo más activo y móvil posible?
<input type="checkbox"/> ¿He pensado en usar prendas que me protejan la piel, como por ejemplo manga larga, espinilleras o vendajes tubulares?
<input type="checkbox"/> ¿He hecho que mi entorno sea lo más seguro posible; por ejemplo, iluminación adecuada, ausencia de obstáculos y acolchado de los muebles, si es necesario?
<input type="checkbox"/> Llevo calzado cómodo/comfortable para evitar las caídas?

Tabla VIII: Lista de verificación de autocuidados para pacientes con piel vulnerable (adaptado de "Recomendaciones de las Mejores Prácticas 2020". Wounds International)⁽¹³⁾.

Una protección solar efectiva, preferiblemente con Factor +50 SPF (Factor de Protección Solar) es una medida efectiva de protección⁽¹⁹⁾.

Es importante que sean los pacientes los que se hagan cargo de las decisiones en función de sus gustos y preferencias⁽¹⁸⁾.

Tenemos que enseñar a los cuidadores formales e informales sobre cómo realizar una buena transferencia o posicionamiento, sin provocar lesiones.

La higiene personal excesiva, podría provocar sequedad e irritación de la piel. Debe realizarse con agua templada, dejando secar la piel o empleando una toalla suave sin friccionar.

Utilizar protectores en la tibia parece una medida efectiva^(5, 20), ya que es la zona anatómica donde con más incidencia se producen los hematomas disecantes.

Pautas de tratamiento:

Las principales medidas a tener en cuenta para el tratamiento de la Dermatoposis, son⁽¹⁷⁾:

- Aplicar emolientes (con lanolina, óxido de zinc y ácido hialurónico).
- En estadios I, II o III, los fomentos con parafina están recomendados para retirar las costras.
- Es preferible utilizar vendajes de sujeción, en lugar de apósitos adhesivos.
- Si presenta edema en miembros inferiores, es beneficiosa la terapia compresiva.
- Si existe continuidad del deterioro de la integridad cutánea, se deben seguir las mismas recomendaciones que para cualquier otra herida.

- La Vitamina A podría revertir el daño provocado por los rayos ultravioleta A y B. El ácido retinoico (un derivado de la vitamina A) también podría ser útil.
- Las cremas humectantes podrían reducir la xerosis cutánea⁽¹⁹⁾, así como beneficiosa podría ser la aplicación de Vitamina C tópica (dos veces al día) ⁽²¹⁾. Por otra parte, el uso tópico de factor de crecimiento epidérmico podría ayudar a prevenir la Dermatoporosis⁽²²⁾.
- También serán importantes las medidas que se deben llevar a cabo ante un hematoma subcutáneo⁽¹⁷⁾. Cuando se sospecha de la formación de un hematoma subcutáneo profundo, debe descartarse también el síndrome compartimental. El tratamiento consiste en realizar un desbridamiento exhaustivo, para luego llevar a cabo un cierre por segunda intención.
- El cierre por segunda intención es aquel en el que el cierre de la lesión se produce desde los bordes de la herida. Para llevarlo a cabo, la pauta más recomendada es con apósitos de cura húmeda (mallas, fibras, hidrocoloides o espumas...).
- Una peculiaridad de las mallas es que están hechas con una sustancia microadherente, que no se adhiere al tejido y que puede estar impregnada de sulfadiazina argéntica o de plata.
- Cuando nos encontremos con una lesión cavitada, debemos rellenar la cavidad, como máximo al 75% de su capacidad.
- Los apósitos de espuma pueden utilizarse como apósito primario y también como secundario, y tanto con cierre adhesivo, como con cierre de silicona de baja adherencia.
- Los hidrocoloides son idóneos para favorecer el desbridamiento autolítico, a la vez que promover y favorecer la cicatrización. Debe sobresalir de la herida entre 1 y 3 cm de la herida, sobre piel integra.

DISCUSIÓN:

Ante lesiones asociadas a dermatoporosis no solo debemos tener en consideración el mantener la integridad cutánea, siendo también la prevención de caídas u otros factores personales, como pueden ser las alteraciones de la marcha o de la visión. En este artículo se destaca la importancia de ver y valorar a la persona de forma holística, así como las causas que podrían llevar a las lesiones. En cuanto al tratamiento, sí se reconoce la importancia de desbridar a la hora de tratar hematomas subcutáneos profundos.

Se descubre también que hay un problema importante en torno a la Dermatoporosis. Dicho problema es que nos encontramos ante una patología muy poco conocida, tanto por los pacientes como por los propios profesionales sanitarios. Esto deriva en un retraso en la identificación de la patología, pero también en un tratamiento y prevención posiblemente inadecuados o poco eficientes. Es preocupante por la magnitud que ya tiene y que podrá alcanzarse en un futuro próximo, debido a que vivimos en una sociedad envejecida, lo que puede suponer un aumento importante de la cronicidad y de las lesiones cutáneas.

Es indiscutible la necesidad de formación entre profesionales sanitarios y más concretamente entre enfermeras/os. Solo así podrán llevar a cabo un plan de cuidados de forma estructurada y siguiendo la evidencia científica.

Durante este proceso, deberemos tener en cuenta sus preferencias y sus condiciones socioeconómicas, así como cualquier otro factor. Deberemos concienciar sobre la relevancia de la fotoprotección y la hidratación de la piel, así como medidas de prevención de caídas y lesiones.

CONFLICTOS DE INTERESES:

Los/as autores/as declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA:

1. who.int [internet]. US: OMS; 2024. [Actualización 1 de octubre de 2020; acceso 3 de abril de 2024]. Envejecimiento y salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
2. Ramiro Fraiñas D, director. Un perfil de las personas mayores en España, 2023. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: CSIC; 2023.
3. Khalid KA, Nawi AFM, Zulkifli N, Barkat MdA, Hadi H. Aging and Wound Healing of the Skin: A Review of Clinical and Pathophysiological Hallmarks. *Life*. 2022; 12(12):2142.
4. Palomar Llatas F, Fornes Pujalte B, Arantón Areosa L, Rumbo Prieto JM. Envejecimiento cutáneo y dermatoporosis. *Enferm Dermatol*. 2013;7(18-19):8-13.
5. Dyer JM, Miller RA. Chronic Skin Fragility of Aging. *J Clin Aesthetic Dermatol*. 2018;11(1):13-8.
6. Kurashige Y, Minemuta T, Nagatani T. Three cases of sacral pressure ulcers presenting primary dermatoporosis on the forearms. *Case Rep Dermatol*. 2013; 5(1):73-8. doi: 10.1159/000350286.
7. Paz Melero I. Prevención y tratamiento de la dermatoporosis. Revisión bibliográfica. *Enferm Dermatol*. 2021. 15(42):8-14.
8. Bandera García C, Aragónés Domínguez AE, Lozano Noriega D, Ginel Mendoza L, Poyato Ramos R, Bandera García C, et al. Dermatoporosis en estadio IV: a propósito de un caso. *Gerokomos*. 2020 ;31(1):32-5.
9. LeBlanc K, Woo K, Papwca R, Christensen D, Forest-Lalande L, O'Dea J, et al. Prevention and Management of Skin Tears. In: *Foundations of Best Practice for Skin and Wound Management*. Wound Care Canada; 2017.
10. Chiquero-Valenzuela S, Rodríguez-Palma M, García-Fernández FP, López-Franco MD. Desgarros cutáneos: su incorporación al marco conceptual de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia. *Gerokomos*. 2023;34(1):78-84.
11. Manzanares JAZ, Reséndiz IAV, Padilla JVC, Tapia MTB. Dermatoporosis: Chronic Skin Failure. *Dermatol Cosmética Médica Quirúrgica*. 2019;17(3):201-6.
12. Palomar Llatas F, Burgos Frau R, Sánchez Salvador A, Parreño López N, Pinilla Salcedo N, Martínez Marín M, et al. Prevalencia de envejecimiento cutáneo crónico en ancianos institucionalizados de centros socio-sanitarios de Valencia. *Enferm Dermatol*. 2019;13(38):48-54.
13. Dunk AM, Harley C, Langemo D, Beeckman D, Tariq G, Vuagnat H, et al. Best Practice Recommendations for holistic strategies to promote and maintain skin integrity. London: Wound International; 2020.
14. NNNConsult.com [Internet]: (NL): Elsevier; 2024. [citado 21 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www-annconsult-com>.
15. Jamal M, Ahmad W, Andleeb S, Jalil F, Imran M, Nawaz MA, et al. Bacterial biofilm and associated infections. *J Chin Med Assoc*. 2018;81(1):7-11.
16. Vanzi V, Toma E. Recognising and managing age-related dermatoporosis and skin tears. *Nurs Older People*. 2018;30(3):26-31.
17. Ameneiro L, Arantón Areosa L, Sanmartín R. Guía práctica de heridas traumáticas de partes blandas. Santiago de Compostela: Servizo Galego de Saúde. Consellería de Sanidade; 2021.
18. Van Tiggelen H, Beeckman D. Skin tears anno 2022: An update on definition, epidemiology, classification, aetiology, prevention and treatment. *J Wound Manag*. 2022;23(2).
19. Hafsi W, Masood S, Badri T. Actinic Purpura. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
20. Kaya G, Jacobs F, Prins C, Viero D, Kaya A, Saurat JH. Deep dissecting hematoma: an emerging severe complication of dermatoporosis. *Arch Dermatol*. 2008;144(10):1303-8.
21. Humbert P, Fanian F, Lihoreau T, Jeudy A, Pierard GE. Bateman purpura (dermatoporosis): a localized scurvy treated by topical vitamin C - double-blind randomized placebo-controlled clinical trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32(2):323-8.
22. McKnight B, Seidel R, Moy R. Topical Human Epidermal Growth Factor in the Treatment of Senile Purpura and the Prevention of Dermatoporosis. *J Drugs Dermatol JDD*. 2015;14(10):1147-50.