

Licenciatura en Enfermería

Trabajo

Resumen: alteraciones
dermatológicas

Presenta:

Ángel Gabriel

Alejandra López Aquino

Blanca Flor Diaz Vázquez

Catedrático:

Jessica del Carmen Jiménez Méndez

Fecha: 03 de mayo del 2020

AFECTACIONES CUTANEAS FRECUENTES EN ANCIANOS

Debido a los numerosos cambios relacionados con la edad que se producen, los ancianos tienen mayor riesgo de desarrollar afecciones relacionadas con la piel, los ancianos pueden estar sujetos a limitación funcional, afecciones crónicas múltiples y efectos farmacológicos adversos que pueden aumentar adicionalmente el riesgo de enfermedades cutáneas.

CANCER DE PIEL

A medida que una persona envejece, la incidencia de cáncer de piel aumenta, especialmente entre los 50 y 80 años. Esto debido a que han estado expuestos a los rayos UV y a que disminuye la capacidad para reparar el daño causado por el sol.

El carcinoma basocelular y el espinocelular son los cánceres más frecuentes en individuos de más de 55 años, se caracterizan por manchas pigmentadas que aumentan de tamaño y sangran fácilmente.

Los cánceres que principalmente son originados por la exposición al sol son el carcinoma basocelular, espinocelular y el melanoma maligno. Los riesgos de cáncer parecen estar asociados con el tiempo total pasado al sol y los datos epidemiológicos sugieren que los cánceres de piel pueden prevenirse si los niños, adolescentes y adultos se protegen de los RUV, las personas con piel más clara tienen más probabilidad de ver afectadas.

La lesión precancerosa más frecuente es la queratosis actínica, las queratosis actínicas son más frecuentes en varones se estima que 1 de cada 100 progresa a cáncer de piel en un periodo de 1 año, las zonas más frecuentes son el dorso de las manos, antebrazos, cara, nariz, bordes de las orejas y calva.

El carcinoma basocelular puede extenderse bajo la piel hasta el hueso, pero es raro que produzca metástasis. Se origina en la capa más inferior de la epidermis y tiene el aspecto de pequeñas pápulas carnosas.

El carcinoma espinocelular es más frecuente en pieles oscuras, se origina en los niveles más altos de la epidermis. Se presenta con aspecto de placas, pápulas o nódulos indurados escamosos de color carne a eritematoso y pueden presentar ulceración o erosiones en el centro, puede producirse metástasis y es más frecuente en lesiones de las membranas mucosas, como labios y en individuos con antecedentes de enfermedad inflamatoria, inmunodepresión o exposición a compuestos químicos y otras sustancias perjudiciales.

El melanoma es el más grave de los cánceres de piel, es responsable de más de tres cuartas partes de las muertes por cáncer de piel, la mitad de los melanomas aparecen por encima de los 50 años. El melanoma se origina en los melanocitos y puede crecer a partir de un lunar o una lesión nueva existente, pueden agrandarse, se ponen marrones, negros o multicolor, desarrollan nódulos o placas y tienen un contorno negro regular que se extiende. Las lesiones pueden formar costra o sangrar y generalmente tienen un diámetro superior a 6mm.

Los factores de riesgo son antecedentes previos o familiares de melanoma, piel o pelo claro, antecedentes de quemaduras solares graves o numerosos lunares atípicos.

DESGARROS DE PIEL

Es la separación traumática de la epidermis y la dermis, que se produce principalmente en las extremidades de los ancianos, pueden ser causados por fricción solo o por una combinación de fuerzas de cizallamiento y fricción. Estas dolorosas lesiones pueden producirse con actividades simple como vestirse, trasladarse, darse la vuelta o levantarse. El desgarro de piel puede ir acompañado de equimosis y edema debido a la atrofia de tejido subcutáneo como lo son la cara, manos, espinillas y pies. Para valorar, planear y documentar los resultados del cuidado del desgarro de piel puede emplearse un sistema de 3 categorías.

- 1.- desgarros de piel que varían desde un desgarro lineal o de tipo colgajo sin pérdida de tejido
- 2.- desgarros de piel con pérdida parcial de tejido, se considera escaso con el 25% o menos de pérdida de tejido y moderado a grande cuando la pérdida de tejido es superior al 25%.
- 3.- desgarros de piel con pérdida de tejido de espesor completo.

ULCERAS POR PRESION

La mayoría se produce en personas mayores de 70 años, los hospitalizados desarrollan úlceras después de su ingreso. La prevalencia aumenta en grupos de alto riesgo de pacientes hospitalizados como con tetraplejía, traumatología con fracturas, pacientes de UCI y ancianos ingresados con una fractura del cuello del fémur.

Una UPP es una lesión localizada de la piel y/o tejido subyacente, normalmente sobre una prominencia ósea como resultado de la presión, o presión combinada con fuerzas de cizallamiento y/o fricción.

Las UPP tienen 4 estadios.

- 1.- eritema no blanqueante de piel intacta.
- 2.- pérdida de piel de espesor parcial que afecta a la epidermis, a la dermis o ambas.
- 3.- pérdida de piel de espesor completo que implica daño o necrosis del tejido subcutáneo que puede extenderse hacia abajo hasta la fascia subyacente, pero sin atravesarla.
- 4.- pérdida de piel del grosor completo con destrucción extensa, necrosis tisular o daño al musculo, huesos o estructuras de soporte.

MECANISMOS FISIOPATOLOGICOS

Existen 3 mecanismos que conducen al deterioro del tejido.

- 1.- oclusión del flujo sanguíneo hacia la piel y la consiguiente lesión cuando se elimina dicha oclusión y se produce una reperfusión abrupta del lecho vascular isquémico.
- 2.- causado por el daño en el revestimiento de las arteriolas y vasos pequeños debido a la aplicación de fuerzas disruptivas y de cizallamiento, puede concordar con las zonas del cuerpo mas frecuentes afectadas por úlceras, el sacro y el trocánter.
- 3.- oclusión directa de los vasos sanguíneos debido a presión externa durante un periodo prolongado de tiempo, causando la muerte celular.

ETIOLOGIA DE LAS ULCERAS POR PRESION

La etiología general de una úlcera por presión es la intensidad y duración de la presión, así como la tolerancia de la piel y de sus estructuras que soportan la presión. Los cambios de la piel y en las estructuras de apoyo debido al proceso de envejecimiento son factores pronósticos para una úlcera por presión, además de los cambios normales con la edad, las personas mayores deben hacer frente a innumerables enfermedades tanto agudas como crónicas.

Tolerancia tisular: factores extrínsecos, afectan a la tolerancia de la piel a las fuerzas de presión son el cizallamiento, fricción, humedad e irritaciones cutáneas,

Tolerancia tisular: factores intrínsecos, afectan a la tolerancia del tejido y causan el deterioro de la piel constituyen dos áreas principales. La primera es la estructura y función de la piel y estructuras circundantes y la segunda es la capacidad del sistema vascular para irrigar la piel. Entre los factores intrínsecos se encuentran los cambios en el colágeno, la edad, la mala nutrición y la administración de esteroides.

Los factores que afectan la capacidad del sistema vascular para suministrar una perfusión adecuada a la piel son la presión arterial, el tabaquismo, temperatura de la piel y la enfermedad vascular.

CICATRIZACION DE HERIDAS

El proceso de cicatrización de heridas es complejo y continuo. Supone tres fases o estadios principales.

1.- fase inflamatoria: dura aproximadamente 5 días y se caracteriza por los síntomas clásicos de la inflamación: enrojecimiento, calor, dolor, edema.

2.- fase de proliferación: comienza inmediatamente después de la lesión y continua durante un periodo de 3 semanas. Esta fase es responsable de la reconstrucción del tejido dañado gracias a tres procesos: epitelización, granulación y síntesis de colágeno.

3.- fase de maduración: comienza aproximadamente 3 semanas después de la lesión y puede durar hasta 2 años, el proceso de la síntesis de colágeno continua y la herida se hace más gruesa y más compacta.

RETRASO DE LA CICATRIZACION

Los signos de retraso de la cicatrización son los siguientes:

- El tamaño de la herida va en aumento
- Presencia de exudado, esfacelo o escara
- Se han desarrollado túneles, fistulas o áreas socavadas
- El borde epitelial no es liso y continuo y no se mueve hacia la herida

Algunas consideraciones relacionadas con el retraso o alteración de la cicatrización de heridas en ancianos son:

- Contaminación bacteriana
- Aporte sanguíneo inadecuado
- subclínica
- Inmunocompetencia
- Cuerpos extraños
- Daño en la herida

CELULITIS

Es una infección bacteriana de la herida y del tejido subcutáneo que puede causar mucho dolor y molestias en el anciano.

Las celulitis que se producen con mas frecuencia en las pantorrillas y en la cara, se caracterizan por síntomas de inflamación, lo que supone dolor intenso, calor enrojecimiento e hinchazón. Puede aparecen en áreas localizadas como una complicación de la infección de una herida o puede afectar toda una extremidad.

Los ancianos en riesgo de celulitis son aquellos con algún deterioro de la piel, como una ulcera en la pierna o UPP, asimismo están en riesgo aquellos con factores predisponentes

como la diabetes, obesidad, antecedentes previos de celulitis, enfermedad vascular periférica o tiña del pie.

AFECCIONES DE LAS UÑAS

Las uñas protegen las falanges distales de la lesión y traumatismo, con la edad, se producen cambios en la lámina ungueal y también esta afectada por traumatismos, enfermedades sistémicas como diabetes y trastornos circulatorios, así como afecciones dermatológicas.

La onicomiosis es una infección fúngica de las uñas del pie, aparece con mas frecuencia en el dedo gordo del pie. Las uñas del pie se engrosan, se decoloran y sobresalen del lecho ungueal. Los ancianos pueden quejarse de dolor intenso por la presión del zapato sobre el dedo del pie deformado, causándoles a menudo una reducción de su actividad o calzar zapatos abierto o sandalias.

La oniquia es la inflamación de la matriz ungueal la paroniquia es la inflamación de la matriz mas de las estructuras circundantes y mas profundas, se trata de una afección frecuente en ancianos y esta causada por bacterias y hongos. Se caracteriza por la separación de la uña con la cutícula, lo que permite la entrada de organismos lo que produce hinchazón, enrojecimiento y dolor del eponiquio o borde las uñas, acompañado de drenaje purulento.

La onicogriposis es la hipertrofia crónica de la lamina ungueal caracterizada por una uña en forma de gancho o curvada. Cualquier presión sobre la uña puede causar dolor intenso, la uña deformada puede causar presión sobre el dedo gordo del pie adyacente, dando lugar a una peligrosa necrosis por presión en un anciano vulnerable.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Los diagnósticos de enfermería apropiados para el anciano con problemas en la piel pueden ser cualquiera de las siguiente:

- Deterioro de la integridad cutánea relacionado con lesiones y repuesta inflamatoria
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con la inmovilidad física
- Riesgo del deterioro de la integridad cutánea relacionado con la reducción de la turgencia de la piel
- Riesgo de deterioro de deterioro de la integridad cutánea relacionado con los efectos de la presión, fricción o cizallamiento
- Riesgo de deterioro de la integridad tisular relacionado con la reducción de la circulación

- Riesgo de infección relacionado con ulcera por presión
- Dolor relacionado con la destrucción de tejido debido a presión y cizallamiento

ALTERACIONES DE LAS UÑAS

Las uñas cumplen la función de la protección de las falanges distales de lesiones y el traumatismo. Con el paso de la edad estas tornan cambios en la lámina ungueal, y también está afectada por traumatismo, enfermedades sistémicas como diabetes y trastornos circulatorios, así como afecciones dermatológicas.

Onicomycosis: Una infección fúngica de las uñas del pie, aparece con frecuencia en el dedo gordo del pie. Las uñas del pie se engrosan, se decoloran y sobresalen desde el lecho ungueal. Los ancianos pueden quejarse del dolor intenso por la presión del zapato sobre el dedo del pie deformado, causándoles a menudo una reducción de la actividad o calzar zapatos abiertos o sandalias. El anciano debe acudir al médico para recibir tratamiento y prevenir que la infección se extienda a otras partes del pie.

La oniquia: Es la inflamación de la matriz ungueal; la paroniquia es la inflamación de la matriz mas la estructura circundante y mas profundas. Se trata de una afección frecuente en ancianos y es causada por bacterias y hongos. Los ancianos que han estado expuestos con la humedad en el trabajo, como lavado de platos, limpieza o pesca, durante muchos años tienen mayor riesgo.

Los traumatismos causados por los zapatos apretados también pueden ser el origen del problema. Este trastorno se caracteriza por que la cutícula se separa de la uña, lo que permite la entrada de organismos. Los organismos causan hinchazón, enrojecimiento y dolorimiento del eponiquio o borde de las uñas, acompañado de drenaje purulento.

La onicogriphosis: Es una hipertrofia crónica de la lámina ungueal, caracterizada por una uña en forma de gancho o curva, cualquier presión sobre la misma puede causar dolor intenso. La uña deformada puede causar presión sobre un dedo del pie adyacente, dando lugar a una peligrosa necrosis por presión en un anciano vulnerable. La diabetes y las afecciones circulatorias son un problema causante de complicaciones.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Apropiados para el anciano con problemas en la piel (*North American Nursing Diagnosis Association, 2005*):

- Deterioro de la integridad cutánea relacionada con lesiones y respuestas inflamatorias.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con la inmovilidad física.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con la reducción de la turgencia de la piel.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con los efectos de la presión, fricción o cizallamiento.
- Riesgo de deterioro de la integridad tisular relacionado con la reducción de la circulación.
- Riesgo de infección relacionado con úlcera por presión (UPP).
- Dolor relacionado con la destrucción de tejido debido a presión o cizallamiento.

VALORES ANALITICOS

Las modalidades que actualmente pueden usarse para el diagnóstico de melanoma maligno son la fotografía de cuerpo completo, la microscopia de la superficie de la piel, los sistemas de visión por ordenador y la biopsia de piel.

1. **Fotografía del cuerpo completo:** Se toma una serie de 24 diapositivas de los pacientes con alto riesgo que se utilizan durante las visitas posteriores para identificar cambios en el nevo.
2. **Sistema por visión en el ordenador:** Tecnología desarrollada para proporcionar un análisis computarizado de una lesión y da una puntuación cuantitativa. La puntuación refleja si la lesión es benigna o maligna.
3. **Biopsia de la piel con examen histológico:** La biopsia de piel está indicada en todas las lesiones cutáneas que se sospeche que son neoplasias. Se dispone de diversas técnicas para el examen del tejido, como inmunofluorescencia y microscopia electrónica. La biopsia está indicada en el caso de cualquier lesión presente durante períodos superiores a 1 mes.
4. **Cultivos de la herida para determinar la presencia de infección:** Los cultivos de la herida deben obtenerse por el método de aspiración o por una biopsia tisular. La biopsia de la herida se considera el método de referencia para el cultivo. Esta se realiza mediante la obtención de un pequeño trozo de tejido de la úlcera, que posteriormente se envía al laboratorio.

El método de aspiración requiere la inserción de una aguja con una jeringa de 10 cc dentro de la herida y aspirar el fluido del sitio mientras se mueva la aguja alrededor

de la base de la herida. Debe eliminarse todo el aire de la jeringa antes de inyectarlo en el recipiente.

VALORES ANALITICOS PARA DETERMINAR EL RIESGO DE UPP

La **albúmina sérica**, la **prealbúmina**, la **transferrina sérica**, así como el recuento de linfocitos, son valores útiles que ayudarán a determinar el estado nutricional. Estos valores estarán reducidos en caso de desnutrición proteico-energética. También pueden verse afectados por otras enfermedades.

La albúmina sérica indica el nivel de reservas proteicas. Un nivel de albúmina sérica inferior a 3,5 g/dl se considera bajo y un nivel inferior a 2,5 g/dl indica una reducción grave de proteína.

La prealbúmina es un indicador sensible de la deficiencia de proteína y mejora del estado proteico con la realimentación. Cuando se miran los niveles de prealbúmina se usa la «regla del 5». Más de 15 mg/dl es normal, menos de 15 mg/dl es una deficiencia leve, menos de 10 mg/dl es una deficiencia moderada y menos de 5 mg/dl es una deficiencia grave.

La transferrina sérica se considera un indicador preciso de las reservas de proteína puesto que es más sensible a los cambios agudos. Un nivel de transferrina sérica inferior a 200 mg/dl se considera bajo y un nivel inferior a 100 mg/dl es una reducción grave de proteína.

FARMACOLOGÍA Y RESPONSABILIDADES DE ENFERMERÍA

La farmacología de los problemas cutáneos, puede ser de la siguiente manera, pueden consistir en la administración tópica o sistémicas de medicamentos.

1. **Antibiótico tópico:** Si la herida tiene un exudado maloliente y no cicatriza después de 2-4 semanas de recibir un cuidado óptimo, debe instaurarse un tratamiento corto de antibiótico tópico. Heridas sin signos locales, pueden tener un alto nivel de bacterias que pueden beneficiarse también con tratamientos de antibióticos tópicos. El antibiótico tópico recomendable para la ulcera que no cicatriza, o una ulcera con alto nivel de bacterias es la Sulfadiacina de plata.

Se ha encontrado que los apósitos de plata nanocristalina son eficaces contra organismos gramnegativos, grampositivos y anaerobios.

Los apósitos de cadexómero yodado proporciona una lenta liberación de yodo; estos apósitos tienen una acción antibacteriana eficaz y no perjudican al tejido de

granulación. Los antibióticos tópicos están indicados para un uso breve y se reevalúan en 2 semanas.

La enseñanza del paciente incluye limitar el producto al número de aplicaciones y la condición prescrita. El uso excesivo de antibióticos tópicos puede conducir a una resistencia bacteriana.

ANTIBIÓTICOS SISTEMICOS

Si una herida muestra signos de infección, como celulitis, osteomielitis o septicemia, deben instaurarse antibióticos sistémicos apropiados. Los organismos causales frecuentes de bacteremia y sepsis son *S. aureus*, bacilos gramnegativos y *Bacteroides fragilis*.

Un hemocultivo permitirá identificar al organismo causal, pudiéndose dirigir los antibióticos a dichos organismos. Estas son complicaciones muy graves y se aconseja asistencia médica inmediata.

ANTIBIÓTICOS SELECCIONADOS

Las penicilinas resistentes a la penicilinasa (meticilina, nafcilina y oxacilina) están indicadas frente a infecciones del tejido blando estafilocócicas y por estreptococos betahemolíticos. Estos fármacos tienen un alto grado de seguridad, pero la dosis debe ajustarse en ancianos con insuficiencia renal para prevenir la nefrotoxicidad.

AMINOGLUCÓSIDOS

Gentamicina, tobramicina y estreptomycin son bactericidas rápidos frente a estafilococos y bacterias aeróbicas gramnegativas. La dosis de estos fármacos debe reducirse en personas anciana debido al riesgo de insuficiencia renal. El riesgo de ototoxicidad aumenta con la edad y es más probable en ancianos con problemas aditivos previos.

PRESCRIPCIÓN DE CREMAS Y LOCIONES PARA PIEL SECA

Con frecuencia se prescriben corticoides como tratamiento tópico para problemas dermatológicos en personas ancianas.

Estas cremas deben de aplicarse con moderación en capas delgadas para maximizar el resultado terapéutico para minimizar el riesgo de efectos secundarios.

La hidrocortisona al 1 o al 2,5% es un corticoesteroide tópico de baja potencia que puede aplicarse para el tratamiento breve de piel seca inflamada. El uso prolongado puede causar absorción sistémica.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE PROBLEMAS CUTÁNEOS EN ANCIANOS.

La prevención y tratamiento precoz de los problemas cutáneos en personas ancianas puede también incluir intervenciones no farmacológicas y la educación del paciente. La identificación y corrección de los factores que pueden contribuir a cambios cutáneos patológicos es una responsabilidad clave de enfermería.

CANCER DE PIEL Y ENFERMEDADES PRECANCEROSAS

En papel del profesional de enfermería en la asistencia no farmacológica del cáncer de piel se centrará en proporcionar al anciano y a sus familiares el conocimiento correcto y necesario para la prevención y diagnóstico precoz de esta enfermedad. La educación es el método correcto para evaluarse, así como para la práctica de la vida diaria, les permitirá centrarse en el autocuidado a base de la prevención primaria.

Los ancianos deben de aprender el (ABCDE del cáncer de piel):

- A. **Asimétrico.** Una mitad de la lesión es diferente a la otra mitad.
- B. **Bordes rasgados, irregulares, dentados o poco definidos.**
- C. **Color variable dentro de la propia lesión.** Puede tener matices marrones, negros o rojas.
- D. **Diámetro mayor de 6mm (y el tamaño va en aumento).**
- E. **En evolución.** Cualquier cambio en el tamaño, forma, elevación o síntomas nuevos, como, picor, sangrado o formación de costra.

Los pacientes también deben de aprender las recomendaciones sobre la protección del sol, enumeradas (recomendaciones sobre el sol y uso de la ropa protectora):

1. Evitar el sol durante el medio día
2. Buscar la sombra durante el medio día (arboles, sombrilla y sombreros).
3. Llevar sombreros que protejan la cara.
 - Sombreros con ala de al menos 7cm
 - Gorros tipos legionarios (visera con orejeras y protector de cuello).
4. Llevas ropa protectora:
 - Los tejidos con tramas más apretadas transmiten menos la RUV.
 - Si se puede ver a través del tejido, los rayos UV también pueden atravesarlos.
 - Los colores oscuros transmiten menos RUV que los más claros.
 - Los tejidos mojados o elásticos transmiten más radiación.

5. Utilizar una crema solar de amplio espectro (UVA y UVB) con un factor de protección solar de 15 o superior.
6. Utilizar de 25 a 50 gramos de crema solar y volver a aplicar después de salir del agua, transpirar o secarse.

Los profesionales de enfermería y otros profesionales sanitarios pueden encontrar la valoración de las pieles oscuras más difíciles debido a que las características tradicionales de enrojecimiento y cambio de color pueden quedar enmascaradas por el tono de piel. A continuación, se plasmarán las siguientes consideraciones para su valoración:

- Algunas personas de piel oscura tienen los labios o encías de los dientes azulados.
- Las personas negras tienen una pigmentación similar a la de las pecas en encías, cavidad bucal y bordes de la lengua.
- Una persona de piel oscura puede perder el color rojizo en caso de palidez.
- La cianosis es difícil de valorar en una persona de piel oscura. El personal de enfermería debe de valorar el color de las plantas de los pies y de los talones.
- Un eritema es un área de inflamación en la piel. En una persona de piel oscura, la piel adquiere un color violáceo cuando existe inflamación. Para valorar el eritema en una persona de piel oscura, el profesional de enfermería debe palpar la zona para comprobar su temperatura, dureza y homogeneidad.
- Las lesiones equimóticas son hematomas grandes. Habitualmente se puede ver un color violeta u oscuro
- Para determinar si el área afectada es eritema o equimosis, el profesional de enfermería debe emplear un portaobjetos de vidrio y presionar suavemente sobre la zona. Si el color cambia y se hace más claro, es un eritema. Si no se produce cambio, es un área equimótica.
- La dermatosis papulosa nigra es un tipo de queratosis seborreica que se da sólo en afroamericanos. Se caracteriza por la aparición de muchas pápulas pequeñas y oscuras en la cara.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL CANCER DE LA PIEL

Se incluyen las siguientes técnicas y son intervenciones adecuadas para ancianos:

Carcinoma basocelular y carcinoma espinocelular

El diagnóstico del carcinoma basocelular y del carcinoma espinocelular puede confirmarse mediante biopsia. Las opciones de tratamiento para los carcinomas basocelular y espinocelular dependen del tamaño, profundidad y localización del tumor.

La cirugía de Mohs, técnica quirúrgica controlada microscópicamente, se usa para el carcinoma basocelular de alto riesgo o extenso, especialmente de cabeza y cuello, y tiene una tasa de cura del 95 al 97%.

La cirugía de Mohs ayuda a prevenir la pérdida de tejido salvando el tejido no afectado a la vez que se elimina totalmente el cáncer.

MELANOMA MALIGNO

Se realiza una biopsia por escisión para confirmar el diagnóstico, y el pronóstico depende del grosor vertical (profundidad) de la lesión en milímetros.

Se puede ofrecer tratamiento posquirúrgico dependiendo del estadio del tumor. El tratamiento de la enfermedad metastásica puede ser quimioterapia, quimioinmunoterapia y radioterapia regional. El melanoma avanzado con metástasis normalmente es incurable, por lo que se ofrece tratamiento sintomático. Debe centrarse la asistencia en determinar los deseos del paciente en relación con los cuidados terminales y el tratamiento del dolor.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTOS DEL DESGARRO DE LA PIEL

Una estrategia preventiva es, por tanto, la clave para reducir el riesgo de desgarros de piel. Los ancianos, cuidadores y familiares deben conocer las siguientes intervenciones preventivas.

- Utilizar una sábana de tracción para prevenir lesiones por cizallamiento.
- No realizar ningún movimiento de tracción o deslizamiento cuando se ayuda a un anciano a cambiar de posición.
- Proteger al anciano con almohadillas en cualquier superficie que esté en contacto con los movimientos de piernas y brazos, como largueros laterales, soportes para brazos y piernas en la silla de ruedas y esquinas de la mesa.
- Mantener el entorno libre de obstáculos y bien iluminado.
- Evitar jabones ásperos.
- Mantener la humedad de la piel con líquidos adecuados.
- Aplicar cremas hidratantes en brazos y piernas dos veces al día.
- Utilizar esparadrapo de papel y retirarlos con cuidado, o sustituir el esparadrapo por gasa o vendaje tubular.

- Llevar mangas largas y pantalones largos para añadir una capa de protección sobre la piel.

La profundidad del desgarro de la piel, y el protocolo de la agencia, determinarán el tratamiento de estos desgarros. Hasta el momento, no existe ningún método basado en evidencias para el cuidado del desgarro de piel. La asistencia clínica recomendada en estas circunstancias sería la siguiente:

1. Limpiar con un producto de limpieza de pH equilibrado.
2. Secar dando golpecitos o al aire.
3. Colocar suavemente la piel desgarrada en su posición normal aproximada.
4. Poner una flecha para indicar la dirección del desgarro.
5. Aplicar un apósito (solución salina, espuma, geles) y cambiar según el protocolo o los requisitos del producto.
6. Hacer un seguimiento de la herida.
7. Documentar la valoración e intervención. Fotografiar, si se permite.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Ha evolucionado en las dos últimas décadas, la investigación basada en la práctica ha proporcionado a los profesionales médicos y de enfermería recomendaciones para la práctica basada en evidencias, así como una síntesis de la opinión actual de los expertos. Las áreas de responsabilidad de enfermería que se abordarán para las úlceras por presión son la valoración del riesgo de úlcera por presión, prevención y modificación de los factores de riesgo de úlcera por presión y tratamiento de úlceras por presión.

Valoración del riesgo de úlceras por presión: a asistencia de enfermería del anciano debe comenzar con una valoración del riesgo de úlceras por presión. Varias organizaciones, como The John A. Hartford Foundation; the Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society, entre otras, recomendaron el uso de la escala de Braden para predecir el riesgo de úlceras por presión, El Hartford Institute for Geriatric Nursing recomienda que se utilice esta escala para valorar el riesgo en las siguientes categorías de pacientes ancianos:

- Todos los pacientes encamados o confinados a una silla, o aquellos con capacidad limitada para cambiar de posición.
- Todos los pacientes en riesgo al ingresar en centros sanitarios y, en lo sucesivo, regularmente.
- Todos los pacientes ancianos con deterioro del estado mental, incontinencia y deficiencia nutricional.

Prevención y modificación de los factores de riesgo de úlceras por presión: La movilidad y la actividad son consideraciones importantes para la prevención y modificación de los factores de riesgo, así como permitir que se produzca la cicatrización, los temas que se tratarán son los programas de cambio de posición, actividades y dispositivos de la superficie de la cama, el anciano que esté en riesgo de una úlcera por presión deberá contar con un programa para cambiar de posición y de actividad.

Las prácticas para el cuidado de la piel en ancianos son el procedimiento correcto de baños, la prevención de lesiones y un soporte con la dieta, Estas intervenciones para el cuidado de la piel son importantes para mantener el tejido sano, así como para mejorar la tolerancia del tejido para reducir el riesgo adicional de lesión, Las consideraciones para el cuidado de la piel para prevenir úlceras en ancianos en riesgo son las siguientes:

- Mantenga la piel limpia y seca
- Lubrique la piel con una crema hidratante. Masajee la zona alrededor del área enrojecida o de la prominencia ósea. No masajee ninguna zona enrojecida. A continuación, aplique una fina capa de un producto a base de vaselina, seguido de polvo de maicena para bebés para reducir la fricción y la humedad.
- Evalúe y trate la incontinencia. Debe aplicarse un programa de tratamiento de intestinos y vejiga. Si se produce incontinencia fecal, debe limpiarse la piel de forma rutinaria. Deben utilizarse protectores de cama que absorban la humedad y presenten una superficie de secado rápido en contacto con la piel. El plástico que reviste los protectores de cama no debe estar en contacto con la piel de la persona. Utilice protectores mínimos y cúbralos con una sábana o una funda de almohada.
- Controle la nutrición. Determine los factores que pudieran causar una nutrición inadecuada. Obtenga los datos de laboratorio. Proporcione suplementos adicionales envasados, vitamina C y cinc para estimular la cicatrización de la piel. Considere métodos alternativos, como la nutrición parenteral total, cuando sea necesario (v. capítulo 5 para más información).

Tratamiento de las úlceras por presión: La asistencia de enfermería relacionada con las úlceras por presión es una parte importante de la práctica de enfermería, por tanto, muchas agencias han establecido protocolos que ofrecen recomendaciones específicas para la asistencia de enfermería en cada estadio de la úlcera. Si una úlcera está cubierta por una escara, normalmente se elimina. A continuación, se relacionan los componentes de la asistencia de enfermería de una úlcera por presión:

- Valorar y estadificar la herida

- Desbridar el tejido necrótico
- Limpiar la herida
- Aplicar apósitos para proporcionar un lecho de herida húmedo
- Prevenir y tratar la infección

Valoración y estadificación de la herida: La primera etapa en el cuidado eficaz de la úlcera por presión es valorar la herida. Esta valoración debe incluir antecedente de la herida, tamaño y profundidad de la úlcera por presión, así como cualquier indicio o signo de tunelación, socavado, exudado e infección. Una vez valorada y documentada la herida, debe establecerse un plan eficaz de cuidado de la úlcera por presión. El tratamiento específico de la úlcera por presión se determina por el estadio de la úlcera.

Desbridamiento del tejido necrótico: El desbridamiento es la eliminación de tejido necrótico desvitalizado (negro) o de tejido esfacelado amarillo. El desbridamiento se completa cuando no hay tejido necrótico y la superficie de la herida se recubre con tejido de granulación. Existen cuatro métodos disponibles de desbridamiento: desbridamiento cortante, mecánico, enzimático y autolítico.

El desbridamiento cortante implica el uso de un escalpelo u otro instrumento cortante para eliminar el tejido necrótico. Es la forma más rápida de desbridamiento y está indicada cuando es inminente una sepsis peligrosa o celulitis.

El desbridamiento mecánico es la eliminación del exudado fibroso mediante el uso de fuerza tópica. Los apósitos seco-húmedos, un ejemplo de un método histórico de desbridamiento mecánico, han perdido popularidad entre los especialistas en cuidado de heridas.

El desbridamiento químico consiste en el uso de agentes enzimáticos tópicos para desprender el tejido desvitalizado. Se puede usar solo, después del desbridamiento cortante o con el desbridamiento mecánico.

El desbridamiento autolítico implica el uso de un apósito que retiene la humedad para cubrir la herida y permitir que las enzimas del lecho de la herida licuen selectivamente el tejido necrótico.

Limpieza de la herida: El objetivo de la limpieza de la herida es eliminar bacterias, detritus y cantidades pequeñas de tejido desvitalizado para permitir una cicatrización óptima. No debe confundirse limpieza con desinfección o antisepsia, ambas relacionadas con la eliminación de microorganismos. Los antisépticos tópicos, como povidona yodada, ácido acético, peróxido de hidrógeno y solución de Dakin, no deben emplearse en una herida ya que se ha encontrado que estos productos son tóxicos para los fibroblastos y macrófagos de la herida. La limpieza de la herida puede realizarse: 1) vertiendo una solución salina

sobre la herida; 2) aplicando gasas empapadas en solución salina para limpiar el detritus, o 3) echando solución salina sobre la herida con una pera de goma.

Apósitos para proporcionar un lecho de herida húmedo: Para que cicatrice una úlcera por presión debe mantenerse un entorno limpio y húmedo. Un entorno de la herida húmedo estimula la actividad celular en todas las fases de cicatrización de la herida, estimula el aislamiento, aumenta la tasa de crecimiento de las células epiteliales y reduce el dolor. La cantidad de humedad de la herida puede cambiar durante los estadios de cicatrización, por lo que la herida puede necesitar una absorción añadida durante un período y humedad añadida durante otro período.

Prevención y tratamiento de la infección: Uno de los aspectos más complejos y controvertidos del cuidado de la herida ha sido el uso de antibióticos. La presencia de infección se determina mediante el estado microbiológico de la herida. La colonización es la presencia y proliferación de organismos (bacterias) en la herida, pero sin signos de infección local, por lo que no hay respuesta del hospedador. Por lo general, se considera que las úlceras por presión en estadios II, III y IV están colonizadas. Por consiguiente, se insta la limpieza y desbridamiento de la herida para prevenir el desarrollo de una infección. La infección es la proliferación de las bacterias en células sanas, lo que produce síntomas de fiebre y enrojecimiento, dolor e hinchazón local. Algunos ejemplos de infecciones graves que pueden ser complicaciones de las úlceras por presión son bacteremia, sepsis, osteomielitis y celulitis progresiva.

Uso de antibióticos tópicos y sistémicos: Se requiere una asistencia urgente de los ancianos con signos sistémicos de infección. Esta asistencia incluye obtener cultivos de la herida y hemocultivos, así como proporcionar tratamiento con antibióticos sistémicos apropiados que abarcarán al organismo causal. Determinadas condiciones locales justificarían el uso de antibióticos tópicos:

- Una úlcera por presión limpia que no ha mostrado signos de cicatrización en un período de 2 semanas.
- Una úlcera por presión que ha aumentado la supuración local, pero no muestra signos locales de infección.

Tratamiento de la celulitis: las intervenciones para la celulitis se centran en el tratamiento inmediato de la infección aguda y la prevención de complicaciones adicionales, como formación de abscesos y daño tisular. El tratamiento incluye antibióticos apropiados, la prevención de una infección adicional, la inmovilización y elevación de la extremidad afectada, el alivio del dolor y posiblemente tratamiento anticoagulante.

Tratamiento no farmacológico de las afecciones de uñas: El tratamiento no farmacológico de los problemas de las uñas se centra en el tratamiento inmediato del problema y la prevención de complicaciones adicionales. El tratamiento de la onicomiosis incluirá el alivio del dolor, la educación del paciente y fármacos antifúngicos orales cuando proceda, El tratamiento de la paroniquia crónica consistirá en mantener las uñas afectadas secas y, quizás, antibióticos. Debe aconsejarse al anciano que mantenga las uñas afectadas fuera del agua y que mantenga la zona protegida. El tratamiento de la onicogriposis incluirá una consulta al podólogo y quizás la intervención quirúrgica en caso de problemas de resistencia al tratamiento. El podólogo debe cortar las uñas engrosadas de los pies con fresas y taladros eléctricos o un láser de dióxido de carbono. Las uñas deben estar cortas. Son esenciales el cuidado e higiene apropiados del pie.

Proceso de enfermería y documentación: La asistencia de enfermería del paciente anciano debe centrarse en la prevención de las úlceras por presión. Este objetivo es difícil de conseguir, pero las investigaciones han demostrado que una gran mayoría de úlceras por presión se pueden prevenir.

Bibliografía

Tabloski, P. A. (2010). *Enfermería Gerontológica*. Madrid (España): Pearson .

<file:///E:/6to%20cuatrimestre/enfermeria%20gerontogeriatrica/af211515c62df60b917dda8a12ec8e7f.pdf>