



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de grado

Título:

***“El Arte de Curar”:
El Éxito del Proceso de Cicatrización en la
Cirugía de MOHS***

Alumno: Ximena Lotero Valencia
Director: Araceli Suero de la Hoz

Madrid, 3 de mayo de 2022

Índice

Índice	2
Glosario de abreviaturas y siglas.....	5
Resumen	6
Abstract	6
Presentación.....	7
1 Marco teórico	8
1.1 Fundamentos, antecedentes y estado actual del tema	8
1.2 Cáncer de piel.....	9
1.2.1 Historia.....	9
1.2.2 Epidemiología.....	9
1.3 Etiología	10
1.4 Fisiopatología	11
1.5 Factores de riesgo	12
1.6 Manifestaciones clínicas.....	12
1.6.1 Diagnóstico.....	13
1.7 Tratamiento.....	14
2 Cirugía de Mohs.....	15
2.1 Tipos de cierre en la cirugía micrográfica de Mohs	15
2.2 Proceso de cicatrización de la MMC.....	17
2.2.1 Optimizar la cicatrización después de la MMC.....	17
2.2.2 Métodos actuales para la cicatrización en la CMM	18
2.2.3 Complicaciones en la cicatrización de la MMC	20
2.3 Resultado estético de la MMC	22
2.4 Papel del profesional de la salud en el Cáncer de piel.....	23
2.4.1 Intervención de enfermería en el Cáncer de piel	23
3 Justificación.....	26

4	Proyecto Educativo -Metodología.....	27
4.1	Población diana	27
4.1.1	Captación	27
5	Objetivos	28
5.1	Objetivo general.....	28
5.2	Objetivos específicos.....	28
6	Sesiones, técnicas de trabajo y recursos materiales.....	29
6.1	Planificación general	29
6.1.1	Recursos materiales.....	30
6.1.2	Técnica para la salud grupal.....	30
6.2	Cronograma general.....	31
6.2.1	Sesión 1.....	33
6.2.2	Sesión 2.....	34
7	Evaluación del proyecto.....	35
7.1	Evaluación de la estructura del proyecto	35
7.2	Evaluación realizada por los profesionales.....	35
7.3	Evaluación realizada por los participantes.....	35
7.4	Evaluación de resultados	35
7.4.1	Evaluación del área cognitiva	36
7.4.2	Evaluación del área de habilidades	36
7.4.3	Evaluación del área emocional y afectiva	36
7.5	Evaluación de los resultados a medio y largo plazo.....	36
8	Bibliografía	37
	ANEXOS.....	40
	Anexo I: Poster sesión formativa	41
	Anexo II: Folleto informativo.....	42
	Anexo III: Información para los profesionales de enfermería del centro de salud de Pacífico.	44
	Anexo IV: Hoja de solicitud de plaza para el profesional de enfermería.....	46
	Anexo V: Documento de la confirmación de plaza	47

Anexo VI: Documento de control de asistencia.....	48
Anexo VII: Evaluación estructural procesal.....	49
Anexo VIII: Evaluación realizada por los participantes.....	51
Anexo IX: Evaluación post- sesión 1.....	53
Anexo X: Evaluación post- sesión 2.....	55
Anexo XI: Evaluación del área de habilidades	56
Anexo XII: Evaluación del área emocional-afectiva.....	57
Anexo XIII: Evaluación a corto y largo plazo	58

Glosario de abreviaturas y siglas

Abreviaturas/ Siglas	Significado
MMC	Cirugía micrográfica de Mohs
TFG	Trabajo fin de grado
CBC	Carcinoma basocelular
CCNM	Cáncer cutáneo no melanoma
CEC	Carcinoma espino celular
VPH	Virus del papiloma humano
CS	Centro de salud
AP	Atención primaria
FPS	Factor protección solar
FAEDV	Academia Española de dermatología y venereología

Tabla 1: Glosario de abreviatura y siglas del TFG

Fuente: elaboración propia

Resumen

Introducción: El Cáncer de piel es el tumor maligno más frecuente a nivel mundial. Esta patología está íntimamente relacionada con factores genéticos, ambientales y hábitos de vida. Las manifestaciones clínicas que presenta son cambios en la piel. Para tener un diagnóstico basta con examinar la piel, tomar una muestra (biopsia) y analizarla. El tratamiento más eficaz actualmente demostrado es la CMM (cirugía micrográfica de Mohs). Es importante que el paciente tenga conocimiento de los procesos de cicatrización y cuidado de la herida para que, las consecuencias tanto físicas como psicológicas sean mínimas. **El objetivo**, formar a los profesionales sanitarios de enfermería en la realización de los diferentes tipos de curas, para garantizar un resultado estético óptimo y satisfactorio para el paciente. **Metodología**, se elaborará un proyecto educativo para los profesionales de la salud en el ámbito de atención primaria en el aula de docencia del centro de salud de Pacífico. **Impacto profesión enfermería**, de esta manera fomentaremos el conocimiento en los pacientes en el autocuidado de las heridas en CMM para una cicatrización adecuada, consiguiendo una mejora en la calidad de vida, resultados estéticos buenos, una disminución de infecciones y gasto sanitario.

Abstract

Introduction: Skin cancer is the most frequent malignant tumor worldwide. These pathologies are closely related to genetic and environmental factors and lifestyle habits. The most effective treatment currently demonstrated is Mohs Micrographic Surgery (MMS). It is important that the patient is aware of the healing processes and care of the wound so that both physical and psychological consequences are minimal. **The aim** of this work is to train nursing professionals in the performance of different types of cures, to ensure an optimal and satisfactory aesthetic result for the patient. **Methodology**, an educational project will be developed for health professionals in the field of primary care in the teaching classroom of the Pacífico health center. **Impact on the nursing profession**, we will promote knowledge in patients in the self-care of wounds in MMS for adequate healing, achieving an improvement in the quality of life, good aesthetic results, a decrease in infections and health expenditure.

Palabras claves: Cirugía de Mohs, cura, cicatrización por segunda intención, cáncer de piel, cicatrización de herida.

Key Words: Mohs surgery, cure, healing by second intention, skin cancer, wound healing.

Presentación

La técnica quirúrgica micrográfica de Mohs es el tratamiento Gold Estándar en la actualidad para abordar el cáncer de piel. Su resultado es de nada más y nada menos que de un 98-99% de éxito en los tratamientos de extirpación de cáncer de piel, especialmente en carcinomas basocelulares infiltrativos y sarcomas cutáneos.

¿De dónde nace este interés? Cuando se me presentó la oportunidad de trabajar en el quirófano de una clínica dermatológica especializada en cáncer de piel y en su tratamiento más eficaz MMC (cirugía de Mohs), encontré en este procedimiento el eje para mi trabajo de fin de grado. Mi curiosidad cada día fue creciendo, mi afán y mi inquietud me han llevado a investigar sobre el tema para sentirme cada vez más capacitada a nivel laboral y personal y así poder abordar cualquier situación clínica en la que pueda participar.

Este trabajo lo he orientado sobre todo hacia el resultado estético, debido a que, es impactante ver como un buen seguimiento de la MMC por parte del personal de enfermería nos proporciona unos resultados estéticos satisfactorios y tan necesarios psicológicamente para el paciente.

El desarrollo de este trabajo no ha sido fácil, pero debo afirmar que ha sido un constante aprendizaje a nivel profesional y personal, me ha enriquecido y motivado a seguir creciendo como enfermera.

Agradecer a mi familia por toda la paciencia y el apoyo que me han brindado a lo largo de este intenso camino, pero a la vez reconfortante, a mi tutora por guiarme y ayudarme durante todo el proceso y desarrollo de este laborioso trabajo de fin de grado.

1 Marco teórico

1.1 Fundamentos, antecedentes y estado actual del tema

La investigación y el esfuerzo al desarrollar este TFG está enfocado en los cuidados postquirúrgicos que debe realizar el personal de enfermería para que, cualquier paciente sometido a MMC obtenga unos resultados estéticos satisfactorio y con ello lograr uno de nuestros principales objetivos: proporcionar los mejores cuidados basados siempre en la evidencia científica.

El desarrollo del TFG se ha realizado partiendo desde lo más general como definiciones de cáncer de piel, epidemiología, factores de riesgo, fisiopatología, causas entre otras, hasta llegar a lo más específico como es el resultado estético según el tipo de cura que se realice. Para esto me he documentado en diferentes fuentes como son: PubMed, Dialnet, SciELO utilizando los descriptores de las ciencias de la salud MeSH y DeCS, y los operadores boléanos (AND, OR, NOT).

Descriptores DeCS	Descriptores MeSH
Cirugía de Mohs	Mohs surgery
Cura	Cure
Cicatrización por segunda intención	Healing by second intention
Cáncer de piel	Skin Cáncer
Cicatrización de herida.	Wound healing

Tabla 2: Descriptores DecS y MeSH

Fuente: elaboración propia

En este TFG, se ha contado con la colaboración de diferentes dermatólogos que han ayudado a dar forma y fundamento a la información encontrada en los diferentes medios, además me gustaría destacar la labor que realiza la fundación de La Academia Española de Dermatología y Venereología (FAEDV) y Skin Cáncer Fundation creada en 1979, la cual se dedica a la educación comunitaria de manera completa y veraz, ayudando de una manera importante a la prevención y promoción de la salud en la comunidad.

1.2 Cáncer de piel

1.2.1 Historia

Los primeros antecedentes que se relacionan con el cáncer de piel están registrados en el siglo V a.C. relacionados directamente con Hipócrates, este mencionaba un “*tumor negro fatal*”. También a él se le atribuye el uso de la palabra *cáncer* y *carcinoma*, los mismos que hoy en día se utilizan para identificar las presentaciones no ulceradas y ulceradas de los tumores. Más adelante fue Rufus de Éfeso, griego y médico anatomista seguidor de la escuela de Hipócrates quien describió los distintos tipos de cáncer de piel. (1,5)

El cáncer de piel es el crecimiento descontrolado de células anómalas de la piel. Viene dado cuando el daño en el ADN de las células de la piel, ocasionado principalmente radiación ultravioleta luz solar o de cámaras de bronceado, desencadena mutaciones. Esto ocasiona que las células de la piel se reproduzcan rápidamente dando lugar a tumores malignos. (1)

1.2.2 Epidemiología

El cáncer de piel es el tumor maligno más frecuente a nivel mundial, se encuentra en continuo aumento llegando a ser actualmente una epidemia en el mundo. Esta patología se divide en melanoma y cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) que engloba fundamentalmente al carcinoma basocelular (CBC) y al carcinoma espinocelular (CEC). (1,2,3)

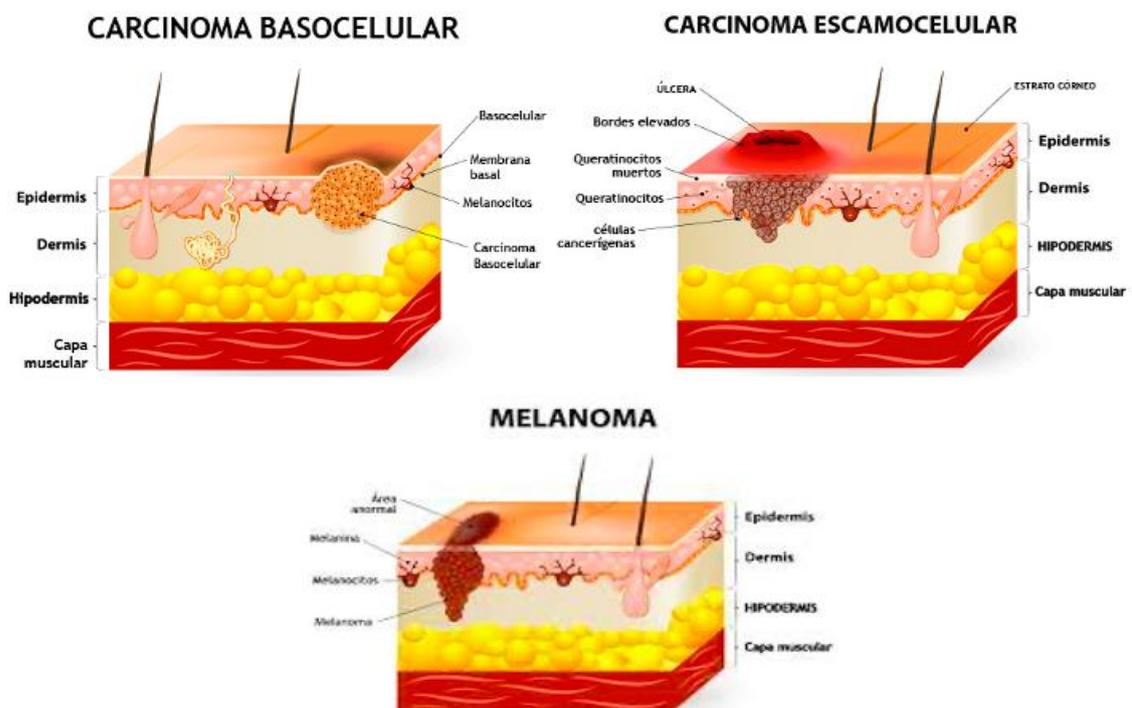


Imagen 1: Estructura de la piel.

Fuente: <https://www.mariairanzobiotec.com/cancer-de-piel/>

El término cáncer de piel incluye una variedad de extirpe celular de diferente agresividad y pronóstico:

- Carcinoma basocelular (CBC).
- Carcinoma espino celular o epidermoide (CEC).
- Melanoma maligno.
- Adenocarcinoma de glándulas sebáceas.
- Sarcomas y linfomas.

Es el CBC el tipo más frecuente de neoplasia cutánea. La tasa bruta global en España es 113,05/100.000 personas al año. La tasa de mortalidad del CCNM es baja y en mayor medida causada por CEC. Los CBC y los CEC son tumores muy habituales en España, siendo el CBC el que crea mayor demanda de atención. La tasa de incidencia de melanomas cutáneos en España es baja en comparación con otros países europeos. Se plantea que el CBC representa entre el 75-80% de todos los CCNM. (2,3)

El melanoma cutáneo como el CCNM representa una alta carga económica para el sistema nacional de salud. Por ello es necesario conocer la incidencia que representa esta enfermedad, los factores de riesgos y como fomentar la prevención de este. (2)

El cáncer de piel se puede disminuir significativamente, para ello las actuaciones deben ir dirigidas hacia la prevención y la detección temprana. Es claramente una enfermedad asociada al estilo de vida, por ello hay que concienciar a la población y hacer campañas de prevención y detección precoz. (1)

1.3 Etiología

El CBC es una neoplasia que se caracteriza por desarrollar una malignidad limitada, de lento crecimiento y poca capacidad de formar metástasis. En 1807 Jacob Hanna refirió lesiones que surgen de células pluripotenciales de la zona basal de la epidermis.

La primera referencia que se tiene de la aparición del CBC es del año 1894 reportado por Beadles. El término de carcinoma basocelular o de células basales fue planteado por Krompecher 1903, no fue hasta 1951 cuando se enumeraron detalladamente los criterios para el diagnóstico de CBC metastásico. (3)

La radiación ultravioleta, el fototipo, los factores genéticos e inmunológicos, el consumo de algunas sustancias como: arsénico y clorofenoles, influyen en la aparición de CBC. Otros elementos pueden ser, la falta de acceso a la información para la protección y la prevención de esta enfermedad. (1,3)

Es muy espinoso y complejo comprender todos los factores etiopatógenos que provocan el desarrollo de CBC, pero se plantea que este carcinoma comienza con mutaciones en el ácido desoxirribonucleico (ADN) celular e inestabilidad genómica de los queratinocitos normales. La radiación ultravioleta que absorbemos durante la exposición a la radiación solar juega un papel importante en la aparición de enfermedades de la piel. (3)

La intensidad con la cual se expone el paciente a dichas radiaciones es un factor por considerar puesto que, las exposiciones cortas pero intensas generan mayor riesgo de CBC. Una media de 5 quemaduras solares antes de los 18 años aumenta en un 50% la probabilidad de un cáncer de piel en la edad adulta. Un factor en contra que tenemos es el cambio climático, donde al disminuir la capa de ozono, el efecto invernadero y el calentamiento global generan una mayor posibilidad de exposición a los rayos solares y como resultado de esto a desarrollar CBC. (2,3)

1.4 Fisiopatología

Como su nombre lo indica el CBC tiene su principio en la capa basal de la epidermis y de sus apéndices. aproximadamente el 40% de los pacientes que sufrieron un CBC desarrollarán una lesión durante los siguientes 5 años. Tanto factores ambientales como genéticos contribuyen a ello. Destacando lo clínico-patológico del comportamiento del CBC, el desarrollo va a depender de la interacción del epitelio y del estroma que lo rodea. Al inicio es un nódulo perlado refringente, el cual puede seguir diversos patrones de desarrollo, esto le da características propias las cuales constituyen la forma clínica de la enfermedad: nodular perlada, plano, cicatricial, infiltrante, terebrante, estos estándares tienden a mezclarse y dar como resultado formas mixtas y estas pueden estar o no pigmentadas. (4)

Histológicamente se pueden clasificar según criterios Lever en: diferenciados e indiferenciados sólidos, los cuales son de desarrollo lento y una vez aplicado el tratamiento adecuado el pronóstico es muy positivo. Los CBC actualmente no se consideran una amenaza para la vida de los pacientes, como mencionamos anteriormente genera impacto económico al servicio nacional de salud y la afectación psicológica en el paciente no es positiva. El CBC y su localización más habitual se producen en los tejidos faciales. (3,4).

1.5 Factores de riesgo

Cualquier persona puede desarrollar cáncer de piel, esto va a depender de factores constitucionales y factores ambientales como son:

- Personas que pasan tiempo bajo el sol o sufrieron quemaduras por el sol.
- Tener piel, cabellos y ojos claros.
- Tener predisposición genética (familiar con cáncer de piel).
- Tener más de 50 años de edad.
- Cierta tipo de lunares o numerosos lunares.
- Tabaquismo.
- El sexo masculino.
- Exposición a ciertos químicos (arsénico, brea del carbón, parafina entre otros)
- Lesiones o inflamaciones graves o prolongadas en la piel.
- Sistema inmunitario debilitado.
- Infección virus de papiloma humano (VPH).

La mayoría de los elementos de riesgo tienen una relación directa con los hábitos de exposición y la susceptibilidad del huésped a la radiación solar. La exposición solar durante la infancia parece ser más importante que durante la edad adulta. El 70% de los CBC se presentan en cara y cabeza y la forma más común es la nodular y la superficial. (4,6)

A pesar de tener algunos de los factores que se mencionaron anteriormente podemos reducir la exposición a los rayos ultravioletas (UV) y de esta manera ayudar a conservar una piel sana y disminuir la posibilidad de padecer cáncer de piel en el futuro. Conseguir que la protección solar diaria se convierta en un hábito de vida ayudará a las personas a disfrutar de una forma segura al aire libre para, en un futuro, no tener problemas con el Cáncer de piel. (5,6)

1.6 Manifestaciones clínicas

Una de las manifestaciones clínicas más significativas es el cambio del aspecto de la piel, estos cambios pueden ser una lesión nueva en la piel o un cambio en un lunar, no todos los cánceres de piel tienen el mismo aspecto ni patrón de detección. (5)

Podemos destacar 3 tipos de tumores malignos: (5)

- **Melanomas:** manchas de forma irregular y bordes mal delimitados de color oscuro.
- **CEC/Células escamosas:** manchas con ulceraciones.
- **CBC:** manchas con cierto abultamiento.



Imagen 2: Tipo de cáncer la piel.

Fuente: [://www.mariairanzobiotec.com/wp-content/uploads/2018/06/tipos_cancer_piel.png](http://www.mariairanzobiotec.com/wp-content/uploads/2018/06/tipos_cancer_piel.png)

1.6.1 Diagnóstico

De forma muy general el diagnóstico suele ser sencillo y se pueden diagnosticar dos tipos: el CCNM y el melanoma. Este último, aunque es menos frecuente conlleva más riesgo de mortalidad, por ello, cuando se detecta es importante actuar con rapidez. El CCNM es el más frecuente y de menor riesgo. (6)

Es importante un diagnóstico precoz del cáncer de piel ya que está relacionado directamente con el aumento de la incidencia en los últimos años. Aunque la incidencia aumenta con la edad se ha observado que el cáncer de piel es frecuente en adultos jóvenes, está directamente relacionado con las modas de tener una piel bronceada. (6) En la detección del cáncer de piel el médico debe:

- **Examinar la piel:** observación de la piel para determinar si los cambios que sufre son debidos a un cáncer de piel, seguramente se hagan más pruebas para confirmar este diagnóstico.

- **Extraer una muestra de piel sospechosa para análisis (Biopsia de la piel):** se realiza una muestra de piel con aspecto sospechoso y se hace un análisis en el laboratorio, esta biopsia puede determinar si se trata de cáncer de piel o no.

Si se establece que se tiene cáncer de piel el médico pedirá una serie de pruebas para establecer el estadio y la extensión total que ocupa el cáncer. Estos datos son importantes porque facilitarán la elección del tratamiento más correcto dependiendo del caso. (6)

1.7 Tratamiento.

Las elecciones de tratamiento en el cáncer de piel van a ir determinadas por el diagnóstico de este, tipo lesión, tamaño, profundidad y ubicación de la lesión. Algunas personas reciben solo un tipo de tratamiento y otras podrían necesitar más de uno. A continuación, veremos las diferentes opciones de tratamiento que hay, las cuales van a depender de las características del cáncer y del paciente (6).

Tratamiento	¿Qué es?
 <p>Cirugía</p>	<p>Se hace una cirugía para eliminar el cáncer y mejorar el aspecto del área afectada. Esta cirugía irá determinada por el tipo de cáncer y región anatómica. El Gold Standard en las cirugías de cáncer de piel es la MMC.</p>
 <p>Inmunoterapia</p>	<p>Ayuda al sistema inmunitario a combatir el cáncer. Este tratamiento puede tener diferentes efectos secundarios y va a depender del tipo de medicamento y de las características del paciente.</p>
 <p>Radioterapia</p>	<p>Se usan rayos de alta energía como rayos X, para destruir las células cancerosas en una determinada área del cuerpo. Se puede usar para cáncer localizado o extendidos por diferentes áreas del cuerpo.</p>
 <p>Terapia dirigida</p>	<p>Descubre y ataca las células cancerosas y causa menos daño a las células normales. Esta medicación cambia la manera en que células cancerosas crecen.</p>
 <p>Tratamientos locales o tópicos</p>	<p>Se pueden usar congelamientos, fototerapia o láser para tratar algunos cánceres. Los tratamientos locales se usan principalmente para CBC y CEC.</p>
 <p>Quimioterapia</p>	<p>Son medicamentos para luchar contra el cáncer. La mayoría de las medicinas de quimioterapia viajan a la mayor parte del cuerpo para tratar un cáncer que se ha propagado.</p>

Tabla 3: Tratamientos para el Cáncer de piel

Fuente: elaboración propia a partir de American Cancer Society.

2 Cirugía de Mohs

La cirugía micrográfica de MOHS es la mejor elección para el tratamiento de los tumores cutáneos en las áreas anatómicas cosméticamente sensibles. Las tasas de curación son muy buenas, en el proceso de la MMC se hace la escisión de las células cancerosas, la cual va seguida de un examen histológico, con un patólogo in-situ, del tejido para certificar la eliminación del tumor, limpieza de los bordes y márgenes. (7)

El Dr. Frederick Mohs desarrolló la técnica en el año 1930 con el objetivo de hacer escisiones vigiladas microscópicamente y hacer de esta práctica una opción efectiva y estéticamente conservadora para los pacientes. En sus comienzos la mayoría de las heridas de cirugía de Mohs se curaban por segunda intención, pero a medida que se han ido desarrollando los procesos reconstructivos los cirujanos han empezado a utilizar diferentes técnicas para obtener mejores resultados estéticos en los pacientes. (7)

Para predecir un resultado estético final en la cirugía de Mohs es necesario y primordial distinguir tanto la zona anatómica, como su forma (cóncava y convexa). Ya que está avalado científicamente por **Zitelli** que, las zonas Cóncavas de la piel cicatrizan mejor por segunda intención. También se debe tener en cuenta el tamaño y la profundidad de la herida, en las superficiales es más favorable el cierre por segunda intención que en las profundas. Como ventaja, en la segunda intención el cuerpo produce una cicatrización hipopigmentada que estéticamente es menos perceptible, pero no podemos olvidar que los cuidados de las heridas son más prolongados y requieren más atención y dedicación por parte de los pacientes. (7)

2.1 Tipos de cierre en la cirugía micrográfica de Mohs

En las últimas dos décadas la MMC es la opción más utilizada en el tratamiento de neoplasias cutáneas. Hay defectos que como consecuencia de esta cirugía son extensos y requieren una reconstrucción en el quirófano. El éxito de las reconstrucciones está en la evaluación adecuada del paciente y en la técnica elegida por el cirujano reconstructor. Los autores le dan un valor añadido a los factores que intervienen a la hora de planificar una reconstrucción:

- Los bordes de la región estética.
- Las líneas de expresión cutáneas relajadas.
- La zona de reclutamiento de tejido disponible.
- Las estructuras inmóviles o puntos de referencia que deben permanecer sin distorsión. (8, 9)

La preparación del paciente debe ser exquisita, ya que la mayor parte de estas cirugías se practican cuando el paciente está despierto. Se buscará la comodidad del paciente y del cirujano, se pondrá música relajante si el paciente lo desea, se administrarán ansiolíticos orales antes del procedimiento en determinados pacientes con ansiedad, en este caso se le pedirá al paciente que acuda con un acompañante. (9)

Es muy importante la zona anatómica donde se debe realizar la cirugía de Mohs ya que, dependiendo de esta la técnica reconstructiva va a variar, ya que, los resultados estéticos y satisfactorios para el paciente serán diferentes, el profesional decidirá cuál es el mejor método:

- Cierre segunda intención.
- Cierre directo.
- Colgajo (avance y transposición).
- Injerto de piel total.

Aunque la cicatrización por segunda intención puede producir resultados cosméticos iguales al cierre quirúrgico, también podemos detectar de manera más rápida y eficaz una recidiva del tumor. El cierre por segunda intención es más rentable en comparación con los cierres quirúrgicos, pero no podemos dejar a un lado la implicación del paciente en este proceso, ya que, es vital y ello nos lleva a un post operatorio más largo y con mayor vigilancia. (7)

La técnica de curación por segunda intención en la que el científico Frederick Mohs fue pionero era utilizada indistintamente en sus principios, pero a medida que se ha ido avanzando en otras técnicas quirúrgicas se han ido eligiendo, dependiendo del sitio anatómico y del tipo de paciente a intervenir. Una cura por segunda intención también tiene como principal protagonista al paciente, el cual debe estar bien informado de cómo es el proceso de curación y ser responsable de llevarlo a cabo, ya que, de ello va a depender el éxito del resultado estético final. (9,10)

2.2 Proceso de cicatrización de la MMC

La cicatrización de las heridas es un proceso ineludible en la práctica quirúrgica, las cicatrices van desde la más fina y asintomática hasta las más problemáticas hipertróficas y queloides que dan lugar a defectos estéticos y funcionales y pueden restringir el crecimiento posterior.

(8)

La cicatrización de heridas implica 3 procesos:

- **Epitelización:** Da lugar al resurgimiento de la herida y a la restauración del epitelio escamoso estratificado que protege el organismo de la pérdida de fluidos y la invasión bacteriana y los traumatismos en general.
- **Deposición de tejido conectivo:** sustituye la dermis dañada subyacente.
- **La contracción:** Una de las fuerzas mecánicas más potentes del cuerpo, une los márgenes de las heridas abiertas y es un proceso activo producido por fibroblastos y miofibroblastos. Dependiendo de la localización anatómica su resultado es beneficioso o no. Esto no culmina con la regeneración del tejido si no con la reparación de este, el desarrollo efectivo de cada proceso es variable según el tipo de herida. (11)

Con el paso del tiempo por lo general las cicatrices pasan a ser planas y flexibles, no obstante, hay algunas personas que sus cicatrices le pueden generar un problema ya que se vuelven elevadas, rojizas, rígidas y pueden causar picor y dolor. Hay evidencia científica de que los factores hormonales, inmunológicos y genéticos y factores del crecimiento juegan un papel importante en el desarrollo anormal del tejido cicatricial. Además, no debemos olvidar que un manejo inadecuado de la herida y unos malos cuidados también nos pueden perturbar la progresión adecuada del tejido cicatricial. Las pruebas recientes en la literatura sugieren que una buena hidratación es el único factor externo importante en la curación óptima de la herida.

(8)

2.2.1 Optimizar la cicatrización después de la MMC

Puede resultar caro, problemático y lento el cuidado de las heridas posquirúrgicas. En ocasiones muchos pacientes por su condición social no pueden cuidar de sus heridas en casa, para ellos esto genera un problema añadido al proceso posquirúrgico. Por ello para estos pacientes se describe a continuación una técnica que la denominamos 24-7 es un apósito sin complicaciones, se deja un vendaje 24 horas al día durante 7 días a la semana, esto ha tenido éxito en paciente con tendencia a las complicaciones de la herida. El objetivo de la técnica consiste en, mejorar la cicatrización de las heridas en pacientes que no pueden proporcionar un cuidado adecuado a la herida por sí mismos:

Se cubre el sitio quirúrgico con ungüento de Mupirocina, seguido de una gasa de Tribromofenato de Bismuto (ayuda a que la herida esté húmeda y libre de bacterias) se cubre la gasa con un exceso de Mupirocina y se aplica un apósito no adherente. (11)

Toda el área se cubre con gasa y cinta de vendaje sin látex, en rollo para asegurar la máxima adhesión. Este vendaje no requiere ningún cuidado en el hogar, solo que permanezca seco. El apósito se deja 24-7 sin que el paciente tenga que hacer nada hasta la próxima revisión de la herida. (11)

Los pacientes hallan en esta técnica de vendaje algo cómodo, discreto y económico. Se trataron a 200 pacientes con esta técnica obteniendo excelentes resultados estéticos finales sin complicaciones, se ha utilizado en diferentes zonas anatómicas cuello, cuero cabelludo, cara. Rara vez se ha tenido problemas con el sangrado y de ser así se le indica al paciente que acuda para cambiar el vendaje. (11)

2.2.2 Métodos actuales para la cicatrización en la CMM

El resultado estético final de una intervención quirúrgica es una potencial preocupación para el paciente y para los cirujanos, veremos los diferentes estudios que se han hecho para intentar mitigar esta inevitable consecuencia de la intervención quirúrgica.

Hay factores que predisponen a aumentar la probabilidad que se produzca una respuesta de cicatrización aberrante que da lugar a una cicatriz hipertrófica y queloides. Algunos de estos factores pueden ser de origen racial, localización de la herida, profundidad de la lesión, el movimiento y la tensión, las infecciones postoperatorias o reacciones a cuerpos extraños. La dificultad para tratar o mejorar las cicatrices se debe básicamente a lo impredecible de su naturaleza, su formación y a la diversidad que va a depender del individuo (Etnia, tipo herida...). (12)

Los derivados vitamínicos, Tocol y Tocotrienol, antioxidantes conocidos de la piel, en muchos informes se ha descrito que mejoran el aspecto de las cicatrices. Son muchos los pacientes que utilizan Vitamina E, en un estudio doble ciego se comparó un emoliente estándar con la vitamina E y en la mayoría los pacientes del grupo del emoliente estándar tuvieron mejores resultados cosméticos, un tercio de los pacientes tratados con vitamina E desarrollaron dermatitis por contacto. El Calcipotriol tópico derivado sintético de la vitamina D, utilizado para tratamiento de la psoriasis también fue evaluado con un placebo y no se observó diferencia en la mejora cosmética de la cicatrización de los pacientes. (12)

Las láminas de gel de silicona y los apósitos hidrocoloides han sido un tratamiento eficaz en el proceso de cicatrización. Se cree que aumentan la oclusión y la hidratación de las heridas y disminuyen la actividad capilar, la hiperemia y el depósito de colágeno. Por ello, mejoran el aspecto cosmético de las cicatrices. Los apósitos hidrocoloides podrían ser una buena alternativa a situaciones clínicas donde el tejido hipóxico pueda mejorar reepitelizando y consiguiendo la mejora del resultado estético. (12-20)

MEBO (pomada húmeda para quemaduras externas) fórmula patentada que contiene extractos de hierbas Bsitosterol con ingrediente activo. Esta aumenta la humedad del tejido y provoca una disminución de la actividad vascular, por tanto, previene el sobrecrecimiento vascular y la hipertrofia de la cicatriz. MEBO se comparó en estudios con varias pomadas dando mucho mejores resultados no solo por mejorar la hidratación si no porque se planteó la hipótesis de que MEBO podría promover una maduración más rápida de los queratinocitos en regeneración. (12)

MEDERMA, es un gel a base de extracto de cebolla, un derivado del allium que ha demostrado tener efectos antiinflamatorios, aunque no hay datos que respalden esta eficacia. Se realizó un estudio en 2006 donde se administra MEDERMA aun grupo y otro grupo una pomada estándar de vaselina y no se demostró diferencia en la cicatrización. La falta de beneficios podría deberse a la edad avanzada de los pacientes, con mayor riesgo de cicatrices hipertróficas, MEDERMA podría tener mejores resultados en población más joven. Los retinoides sistémicos no han demostrado ser más eficaces en el proceso de cicatrización. (12)

La Toxina Botulínica reduce la tensión en los bordes de la herida y el movimiento, esto hace que se tengan mejores resultados cosméticos finales en los pacientes tratados con Toxina Botulínica A. Estos estudios se han realizado en zonas faciales, hacen falta más estudios que nos revelen si en otras zonas se producen los mismos efectos beneficiosos en el proceso final de cicatrización. (12)

Se estudió la aplicación de células madre mesenquimales humanas en inyecciones intradérmicas, los autores documentaron la inhibición significativa de la formación de cicatrices, se constató un aumento de la resistencia a la tracción de la herida mediante densitometría. Aún hay mucho por investigar, pero este procedimiento tiene mucho potencial para futuros manejos cosméticos de la cicatrización. (12)

Factor de crecimiento transformante beta 3 humano recombinante (TFG B3) se asocia a una curación embrionaria sin cicatrices. Disminuye la formación de tejido conectivo. Actualmente se estudia TFGB3 humano (avotermin) como método para minimizar la formación de cicatrices. (12)

Láseres (no ablativo y ablativo) estos tratamientos también dan como resultado un mejor aspecto estético a la cicatriz, aunque falta ajustar los tiempos de tratamiento, ajuste de parámetros y tipo de tratamiento óptimo, pero claramente el tratamiento con láser contribuye a una mejora de la cicatriz. (12)

2.2.3 Complicaciones en la cicatrización de la MMC

Las tasas de infección en la MMC oscilan entre 0,7% y el 4,2%, estas tasas bajas se deben a la rapidez y lo poco invasiva que es la cirugía dermatológica, aun así, estas infecciones provocan una morbilidad significativa que afecta directamente a los resultados estéticos del paciente y a los costes en la atención sanitaria. Hay evidencia científica que ha demostrado que la infección del sitio quirúrgico es variable dependiendo de la ubicación anatómica, la tasa más alta se da en las infecciones en la zona capilar. (13)

La tasa de infección es más alta según la literatura científica cuando existen neoplasias activas, en la extirpación de más de una lesión en el mismo acto quirúrgico y el empleo de suturas subcutáneas. (21)

Hay estudios que han determinado la tasa de infección en el sitio quirúrgico y los organismos patógenos asociados para las heridas de segunda intención en comparación con heridas suturadas (cierres primarios, colgajos e injertos). Esto nos puede orientar en cuanto al uso/ventaja/desventaja de los antibióticos para mejorar el resultado evitando una infección en la herida quirúrgica. (13)

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo desde el 1 enero de 2012 al 31 diciembre de 2016 5679 MMC. Había diversidad en el método escogido para la reconstrucción (cierre segunda intención, colgajos, injertos, cierre primario...), el diagnóstico de infección solo estaba respaldado por un cultivo positivo de la herida. (13)

La tasa de infección fue de 3,9 % (219 heridas), las heridas con cierre por segunda intención se asociaron a un riesgo significativamente mayor de infección que las heridas suturadas. Los microorganismos encontrados en las heridas de cierre por segunda intención fueron *Staphylococo aureus* mayoritariamente seguido *pseudomonas spp*, mientras que en el cierre con suturas se encontró *Diphtheroids* y *Klepsiella spp*. En el estudio se descubre que, en la infección de heridas con cierre por segunda intención, la asociación producida por *Pseudomona* si se asocia un antibiótico antipseudomonico como la Gentamicina y la polimixina tópica o las fluoroquinonas orales puede ser útil para la prevención de infecciones en cierre por segunda intención. El sitio anatómico sigue siendo un factor importante para una mayor tasa de infección. (13)

Este estudio nos dice que las MMC con cierres por segunda intención tienen un mayor riesgo de infección, hay que tener un seguimiento continuo, hay que vigilar cuidadosamente los factores de riesgo de los pacientes para poder solventar las posibles infecciones y que el proceso posoperatorio sea llevadero y el resultado estético final sea satisfactorio. (13)

Las complicaciones en estos procesos son pocos frecuentes y las que se suelen dar son infecciones en el sitio quirúrgico, dehiscencia de sutura, hematomas, hemorragias, necrosis entre otras, todas estas con una baja tasa de incidencia. (15)

Para evaluar a un paciente tratado con MMC se tienen en cuenta diversos factores como:

- Sitio anatómico.
- Tamaño del tumor.
- Tamaño del defecto.
- Factores del paciente: edad, cualidades de la piel comorbilidades, hábitos, la respuesta a actividades anteriores.

En este estudio los casos de infección sobre todo a los colgajos y los injertos pueden deberse a error de diseño de estos. En los colgajos con éxito encontramos un balance entre liberación del colgajo y la preservación de la vascularización, además, también si existe mucha tensión se puede generar una isquemia. También se encontraron problemas de cicatrización asociados a pacientes fumadores. Los hematomas y hemorragias estaban asociados a pacientes anticoagulados. Se debe asegurar una hemostasia adecuada en la cirugía de estos pacientes (electro cauterización, presión sobre punto de sangrado). (15)

El dolor es algo que en la cirugía de Mohs se controla muy bien en el intraoperatorio, pero el dolor después de la cirugía es habitual los dos días siguientes y luego baja progresivamente, siempre se recomienda el uso de analgésicos si el dolor va en aumento, pero esto es poco habitual en los procedimientos de MMC. (15)

2.3 Resultado estético de la MMC

La elección de una técnica de cierre u otra tendrá sus ventajas y desventajas y la elección de esta va a depender de la experiencia del cirujano y como mencionamos antes de las características del tumor y del paciente. En los principios de la extirpación de los tumores por cirugía de Mohs por necesidad se permitió que casi todas las heridas quirúrgicas sanaran por segunda intención. Debido a esto hay mucha información de los resultados del cierre por segunda intención frente a los demás cierres como es el quirúrgico, injertos y colgajos. (14)

Zetelli con su investigación confirmó que la cicatrización por segunda intención en un ambiente húmedo acelera la reepitalización y que, por tanto, un tratamiento postoperatorio con una crema antibacteriana optimizará los resultados finales cosméticos y minimizará la necrosis el dolor y la disecación de la herida. Muchos estudios e investigaciones han señalado la importancia de las características preoperatorias de la herida (ubicación, profundidad...). Son sumamente importantes para predecir un resultado estético en una cicatrización por cualquier método. (14)

Se llevo a cabo una revisión de historiales de todas las reconstrucciones por segunda intención desde 1992 hasta 2009 (95 reconstrucciones), todas estas heridas se trataron con pomada antibacteriana. Un jurado de tres observadores juzgó las heridas mediante formularios de evaluación. Se tuvieron en cuenta cinco características de las heridas: tipo de piel, tamaño, profundidad, contorno superficial (cóncavo o convexo) y localización y subunidades.

El resultado cosmético final se analizó mediante fotografías de las cicatrices tomadas entre 3 y 70 meses. Las heridas por segunda intención se curan mediante los procesos de contracción y reepitalización. Una vez la herida se ha contraído al máximo, el resto de la herida es rellenado por tejido cicatricial, esto quiere decir que en cuanto mayor sea el grado de contracción de la herida menor será la cantidad de tejido cicatricial y mejores resultados estéticos proporcionará. (14)

2.4 Papel del profesional de la salud en el Cáncer de piel

Es importante destacar y la labor de los médicos de atención primaria al igual que la de los profesionales de dermatología ya que ellos tienen un rol importante en el diagnóstico del Cáncer de piel.

En el diagnóstico precoz de la enfermedad radica el éxito tanto del tratamiento como de las consecuencias que pueda tener para el paciente, por tanto, el factor pronóstico más considerable para el impacto negativo del Cáncer de piel es el diagnóstico en estadios avanzados. Esto implicaría oportunidades de éxito para los diferentes tratamientos debido al avance de la neoplasia hacia estructuras adyacentes y metástasis. (16)

El entrenamiento de médicos en atención primaria puede orientar y priorizar aquellas lesiones premalignas para anticipar un tratamiento oportuno. Es importante que los médicos de atención primaria identifiquen los principales factores de riesgos individuales en cada paciente y así determinar qué riesgo pueden tener. Los pacientes pueden mediante las consultas desarrollar mayor conocimiento de la enfermedad contando siempre con la labor de educación sanitaria del médico de atención primaria. (16)

Es importante reconocer que la ubicación geográfica de algunas comunidades en nuestro país hace que las personas tengan más o menos exposición a las radiaciones solares UV, esto va marcado por su ocupación, población rural y trabajos al aire libre, ciclo vital, población escolar, en estos casos es beneficioso hacer educación para la salud en la comunidad ayudando a promover medidas de protección física como son: (16)

- Uso de sombrero.
- Procurar estar a la sombra entre las 11AM y 15PM.
- Usar prendas de vestir que cubran la mayor superficie de la piel.
- El uso diario y correcto de bloqueador solar (SPF) mínimo de 30.

2.4.1 Intervención de enfermería en el Cáncer de piel

La misión fundamental de la enfermería en el ámbito de atención primaria se va a centrar plenamente en la promoción de la salud, se va a suscitar el uso de fotoprotectores, prendas de vestir adecuadas y recordar los hábitos correctos de exposición solar. (17)

El instrumento clave de atención primaria es, la educación para la salud, esta se debe centrar en:

- Autoexploración de la piel, también en los lunares y en la búsqueda de cambios en la pigmentación de estos, así como la aparición de nuevos lunares o manchas en la piel.
- Enseñanza de conocimientos sobre buenos hábitos de protección frente a las radiaciones solares.

El papel de la enfermería deber ir enfocado a detectar todos aquellos pacientes de riesgos o susceptibles a padecer cáncer de piel y, en lo posible, hacer con ello una labor educativa de cómo saber y reconocer lesiones que pueden ser preocupantes y de consulta inmediata por un especialista. Con un personal de enfermería entrenado es posible la detección precoz y como resultado una rápida respuesta con un tratamiento adecuado para una mejor resolución del problema de salud. (17)

Es importante destacar la labor del personal de enfermería no solo en la prevención y en la promoción sino durante el proceso quirúrgico de la extirpación del cáncer cutáneo. Debido a su aumento ha hecho que el papel de enfermería sea cada vez más distinguido en este tipo de intervenciones. El informar, guiar, tranquilizar y preparar al paciente para los diferentes tiempos quirúrgico son algunas de las tareas imprescindibles, que lograrán que los pacientes se sientan tranquilos y con menos carga de ansiedad y estrés durante el desarrollo de la intervención de la cirugía de Mohs. (19)

Las personas que presenta mayor riesgo son: personas con piel blanca, cabello rojizo, persona con más de 100 lunares, con enfermedades inmunodepresoras o genéticas que predisponen al cáncer de piel y personas con antecedentes familiares. A continuación de forma esquemática podemos valorar aspectos para identificar posible cáncer de piel (17).

GUÍA PRÁCTICA PARA DETECCIÓN PRECOZ CÁNCER DE PIEL	
CANCER DE PIEL	SEÑALES PARA TENER EN CUENTA
	Aparición en la piel de manchas o bultos que crecen en el tiempo (cambian forma y tamaño).
	Manchas rosas o rojizas que son asperas al tacto, que al inicio son planas y se vuelven rugosas/ escamosas (orejas, cara, dorso mano y labio inferior)
	Heridas que se dificulta su cicatrización a pesar del tratamiento adecuado.
	Herida sangrante y costrosa que no ha sido provocada por golpe o raspadura.
	Lunar/nevus que cambia de color/tamaño y crece asimétrico, con bordes irregulares que pica o se inflama.

Tabla 4: Guía práctica para detección cáncer de piel.

Fuente: elaboración propia a partir (AEDV)

3 Justificación

El cáncer de piel es el crecimiento descontrolado de células anómalas de la piel. Viene dado cuando el daño en el ADN de las células de la piel desencadena mutaciones, esto ocasiona que las células de la piel se reproduzcan rápidamente dando lugar a tumores malignos. El cáncer de piel es el tumor maligno más frecuente a nivel mundial, se encuentra en continuo aumento llegando a ser actualmente una epidemia en el mundo. El CBC es el tipo más frecuente de neoplasia cutánea. La tasa bruta global en España es 113,05/100.000 personas al año. El CBC es una neoplasia que se caracteriza por desarrollar una malignidad limitada, de lento crecimiento y poca capacidad de formar metástasis. El cáncer de piel es claramente una enfermedad asociada al estilo de vida por ello hay que concienciar a la población y hacer campañas de prevención y detección precoz. (1,2,3).

La cirugía micrográfica de MOHS es la mejor elección en el tratamiento de los tumores cutáneos. En el proceso de la MMC se hace la escisión de las células cancerosa el cual va seguido de un examen histológico (con un patólogo in-situ) del tejido para certificar la eliminación del tumor y de los bordes y márgenes limpios. El cierre por segunda intención fue el principio de la cirugía de Mohs teniendo como resultados estéticos aceptables siendo el más rentable en comparación con los cierres quirúrgicos, pero no podemos dejar a un lado que la implicación del paciente en este tipo de cierre es vital y ello nos lleva a un post operatorio más largo y con mayor vigilancia. (7,9).

El resultado estético final de una intervención quirúrgica es una potencial preocupación para el paciente y para los cirujanos. Juegan un papel importante los siguientes métodos como son: Los derivados vitamínicos (Tocol y Tocotrienol) antioxidantes, MEDERMA (gel a base de extracto de cebolla), las láminas de gel de silicona, toxina Botulínica A, Calcipotriol tópico derivado sintético de la vitamina D, Factor de crecimiento transformante beta 3 humano recombinante (TFG B3), láseres (no ablativo y ablativo). La dificultad para tratar o mejorar las cicatrices se debe básicamente a lo impredecible de su naturaleza y su formación y a la diversidad que va a depender del individuo (etnia, tipo herida...). (12)

En el diagnóstico precoz de la enfermedad radica el éxito tanto del tratamiento como de las consecuencias que pueda tener para el paciente. Faltan estudios sobre el impacto emocional que ocasiona la detección del CBC para los pacientes y la situación de estrés que esto les genera a la hora de afrontar el diagnóstico y la recuperación. (16).

Con lo anteriormente descrito se justifica la realización del proyecto educativo que ayudara al personal sanitario de atención primaria a realizar un adecuado seguimiento post quirúrgico de cicatrización de heridas y promoción a la salud en cuidados de la piel con resultados estéticos satisfactorios para el paciente y el profesional sanitario.

4 Proyecto Educativo -Metodología

4.1 Población diana

Este proyecto educativo va dirigido a los profesionales sanitarios de enfermería del centro de salud de pacifico de la comunidad de Madrid que se encuentra ubicado en la Calle Reyes Magos 21. Las sesiones se desarrollarán en el aula de formación que forma parte del centro de salud.

4.1.1 Captación

Las sesiones de formación se ofrecerán a los profesionales sanitarios de enfermería del centro de salud de Pacifico, previo formulario completado correctamente. Para el desarrollo de la formación se informará y coordinará con la dirección del centro y la supervisión de enfermería del centro.

- **Captación directa:** Se ofrecerá información completa acerca del proyecto educativo a la supervisión de enfermería y a la dirección del centro. Se especificará lugar de realización, fechas y contenidos de la formación, además del proceso de inscripción para que puedan plantear y distribuir la información a los profesionales de enfermería del centro de salud.
- Captación indirecta:
 - **Póster:** Se diseñarán y se imprimirán 5 pósteres que se colocarán en el centro de salud con el objetivo de informar a los profesionales sanitarios de enfermería de fecha, lugar, métodos de inscripción y contenidos de la formación. (Anexo I)
Tríptico informativo: Se diseñarán y se repartirán a los profesionales sanitarios y a la supervisión con el objetivo de que conozcan la información y puedan facilitársela a los pacientes. Una vez terminado el proceso de educación para salud con el paciente se le facilitará un tríptico para que la información recibida pueda comprenderse y reforzarse mejor. (Anexo II)
 - **Plataforma de internet de atención primaria:** Se adjuntará el tríptico informativo, además de la hoja de inscripción del curso de formación, todo esto irá en el apartado de cursos para profesionales sanitarios de la página web del centro de salud.

5 Objetivos

5.1 Objetivo general

Formar a los profesionales sanitarios de enfermería en la realización de los diferentes tipos de curas post quirúrgicas de la cirugía de Mohs, para garantizar un resultado estético óptimo y satisfactorio para el paciente.

5.2 Objetivos específicos

- **Objetivos cognitivos - Saber**
 - Conocer la etiología y la fisiopatología del cáncer de piel.
 - Valorar la importancia del proceso post quirúrgico de la cirugía de Mohs.
 - Identificar los diferentes tipos de curas para los procesos post quirúrgicos de la cirugía de Mohs.
 - Explicar los diferentes procesos de cicatrización y su posible resultado estético final.
- **Objetivos de habilidades - Saber hacer**
 - Demostrar conocimientos básicos de la cirugía de Mohs.
 - Realizar una correcta valoración de las heridas post quirúrgicas.
 - Reconocer los diferentes signos de infección en una herida.
 - Determinar el tipo de cura que se debe realizar en el proceso post quirúrgico.
- **Objetivos emocionales, de actitud o afectivos - Saber ser**
 - Expresar la importancia de unos buenos cuidados para el resultado estético final.
 - Comunicar las dificultades encontradas en el proceso de aprendizaje.
 - Verbalizar la preocupación y miedos acerca de la enfermedad y sus consecuencias.

6 Sesiones, técnicas de trabajo y recursos materiales

6.1 Planificación general

En este proyecto educativo se impartirán 2 sesiones expositivas y prácticas que tendrán lugar en el mes de abril en el salón de formación del centro de salud de Pacífico. Las fechas se confirmarán según la disponibilidad de la sala y de la organización del centro. El objetivo es realizar sesiones tanto por la mañana como por la tarde para promover la participación y la conciliación familiar de los profesionales sanitarios de enfermería. Se facilitará la permuta de cambios entre los participantes siempre con previa autorización de los responsables del centro.

El número de participantes en cada sesión será un máximo de 9 personas, en los dos horarios el de mañana y el de tarde. En total serían 18 participantes en la primera edición del proyecto educativo. Los profesionales encargados del desarrollo del proyecto serán 4 enfermeros en los dos turnos, de los cuales 2 de ellos se encargarán de la parte teórico-práctica y los otros 2 de la evaluación y observación del desarrollo del proyecto. El objetivo de hacer grupos de 9 participantes es poder dividirlos en grupos de 3 en la parte práctica y poder hacer sesiones participativas e individualizadas de aprendizaje. Las sesiones serán de 2:30 horas con un descanso de 30 min.

El lugar donde se desarrollará el proyecto es el aula de formación del centro de salud de Pacífico ubicado en la calle Reyes Magos No. 21. Se puede acceder en coche hay diferentes zonas de aparcamiento zona azul y además diferentes zonas de aparcamiento privadas. También se puede acceder al centro en:

- Autobús: línea 10,14,32,63, C2
- Tren: C1, C10, C2, C5, C7
- Metro: Menéndez Pelayo L1, L6

La sala asignada para el desarrollo del proyecto debe poseer medios audiovisuales, espacio suficiente para mantener la distancia interpersonal (medidas COVID) además de buena ventilación y climatización con ello facilitar y fomentar un buen ambiente para el desarrollo del proyecto educativo. Se tomarán todas las medidas recomendadas para garantizar la seguridad de los participantes y de los profesionales encargados del desarrollo del proyecto.

A todos los profesionales de enfermería del centro de salud se les enviará un comunicado explicando toda la información del proyecto (Anexo III), los que deseen participar en la 1ª edición de la formación deberán rellenar con 15 días de antelación al inicio de la formación, una solicitud que el responsable les entregará, una vez recibida dicha solicitud en un plazo de 24 horas se comunicará la admisión a la formación (Anexo V). El documento de inscripción deberá ser remitido al servicio de formación continuada que lo registrará para hacerlo llegar a los responsables del proyecto educativo.

Las hojas de inscripciones (Anexo IV) se entregarán a los responsables de la coordinación del centro de salud y serán ellos los encargados de hacerlos llegar a los profesionales sanitarios de enfermería del centro.

6.1.1 Recursos materiales

- Portátil y proyector.
- Mesas y sillas.
- Pizarra, rotuladores y borrador.
- Presentación: Power Point.
- Material fotocopiado (fotografías de diferentes tipos de heridas).
- Folios y bolígrafos.
- Fotografías impresas de lesiones en diferentes niveles de la piel.
- Hoja de control de asistencia.
- Test preformación de evaluación de conocimientos.
- Test post formación.
- Folletos informativos.

6.1.2 Técnica para la salud grupal

- **Técnica de iniciación grupal:** cuyo objetivo es el conocimiento mutuo, la integración y desinhibición en el grupo. Se trata de que se cree una atmosfera de confianza y buena comunicación, esto permitirá que la formación se desarrolle de una manera dinámica y eficaz. Como los participantes de enfermería conocen lo que haremos, consistirá en que cada uno comente qué le ha motivado a realizar la formación y las expectativas que tiene de la misma.
- **Técnica de “investigación en el aula”:** el objetivo es crear motivación para poder construir conocimiento de manera organizada a través de experiencias y sentimientos. Para el observador es muy valioso debido a que puede ver cómo va encaminada la formación y si cumple con las expectativas planteadas. Para esto utilizaremos la foto-

palabra y la lluvia de ideas.

- **Técnica de análisis:** En este caso trabajaremos el área cognitiva y afectiva la cual nos permite expresar los sentimientos y se utilizarán exposiciones de casos clínicos que los participantes discutirán y valorarán dando un planteamiento argumentado.
- **Técnica para el desarrollo de habilidades:** En este caso utilizaremos el estudio de casos, el cual nos va a permitir a través del análisis de diferentes situaciones poder comprender y registrar los diferentes conocimientos aprendidos.

6.2 Cronograma general

SESION 1. DIA ____ DE ABRIL 2022

HORARIO TM/TT	ACTIVIDAD
10:00 - 10:15 17:00 - 17:15	¿Qué es el cáncer de piel? Definición y epidemiología.
10:15 - 10:30 17:15 - 17:30	Factores de riesgo del cáncer de piel y manifestaciones clínicas.
10:30 - 10:45 17:30 - 17:45	Diagnóstico y tipo de tratamientos del cáncer de piel.
10:45 - 11:00 17:45 - 18:00	¿En qué consiste la cirugía de Mohs?
11:00 - 11:30 18:00 - 18:30	Descanso para el café / merienda.
11:30 - 11:45 18:30 - 18:45	Tipos de cierres quirúrgicos de la CCM.
11:45 - 12:00 18:45 - 19:00	¿Cómo es el proceso de cicatrización y su optimización?
12:00 - 12:15 19:00 - 19:15	Prácticas (imágenes)
12:50 - 12:30 19:15 - 19:30	Ruegos y preguntas. Evaluación de la sesión.

SESION 2. DIA ____ DE ABRIL 2022

HORARIO TM/TT	ACTIVIDAD
10:00 - 10:15 17:00 - 17:15	Repaso sesión anterior de los puntos clave para enlazar.
10:15 - 10:30 17:15 - 17:30	Métodos actuales de cicatrización de CMM.
10:30 - 10:45 17:30 - 17:45	Complicaciones del proceso de cicatrización.
10:45 - 11:00 17:45 - 18:00	Resultados estéticos en la CMM.
11:00 - 11:30 18:00 - 18:30	Descanso para el café / merienda.
11:30 - 11:45 18:30 - 18:45	Papel del profesional de la salud en el diagnóstico de Cáncer de piel.
11:45 - 12:00 18:45 - 19:00	Intervenciones de enfermería en el cáncer de piel.
12:00 - 12:15 19:00 - 19:15	Prácticas (análisis de diferentes tipos de herida).
12:50 - 12:30 19:15 - 19:30	Ruegos y preguntas. Evaluación de la sesión.

Tabla: 5 cronograma general de sesiones. Elaboración propia.

6.2.1 Sesión 1

SESION 1. DIA _____ DE ABRIL 2022		
Duración	No. De alumnos	No. Docentes
150 minutos	9 alumnos por turno. 18 total	2 docentes por sesión. 4 total
Contenido		Objetivos educativos
<ul style="list-style-type: none"> • Historia, epidemiología • Etiología y fisiopatología • Factores de riesgo y manifestaciones clínicas • Diagnóstico y tipo de tratamiento • Que es la CMM • Tipos de cierre quirúrgicos en la CMM y proceso de cicatrización 		<p>Descubrir los conocimientos que poseen los participantes sobre el cáncer de piel y sus posibles tratamientos. Se les facilitará de forma clara, sencilla y ordenada conocimientos sobre la enfermedad, la importancia del proceso de cicatrización y el tratamiento Gold Standard actual del cáncer de piel.</p>
Técnicas que utilizar		Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de iniciación grupal: expectativas del curso. • Técnica expositiva: lección con discusión. • Técnica de investigación: foto palabra. 		<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios post sesión para poder saber que los conocimientos han sido procesados y comprendidos correctamente (Anexo IX). • Resolución de dudas.
Metodología y recursos de la sesión		
<p>En esta sesión al ser un grupo de profesionales de enfermería que conocen la técnica que utilizaremos, trabajaremos inicialmente conociendo el motivo que tienen para hacer el curso y las expectativas que tienen del mismo.</p> <p>Seguidamente proyectaremos diferentes fotografías de la piel (su estructura más básica) en la pantalla y de diferentes afecciones que puede sufrir la piel para preguntar qué les sugiere las imágenes. Se intentará fomentar la participación de todos ya que posteriormente se le entregará una foto a cada uno y nos deberán decir que ven en ella. Se utilizará a técnica expositiva para explicar conceptos básicos y nos apoyaremos en una presentación Power Point. Se resolverán dudas de manera ordenada durante la exposición. Al finalizar la sesión se hará un breve resumen de los puntos clave de la sesión y además se evaluará la sesión.</p>		

6.2.2 Sesión 2

SESION 2. DIA _____ DE ABRIL 2022		
Duración	No. De alumnos	No. Docentes
150 minutos	9 alumnos por turno. 18 total	2 docentes por sesión. 4 total
Contenido		Objetivos educativos
<ul style="list-style-type: none"> Métodos actuales de cicatrización y sus complicaciones Resultados estéticos en la CMM Papel que juega el profesional de la salud en el diagnóstico de cáncer de piel. Intervenciones del profesional de enfermería en el cáncer de piel. 		<p>Los participantes pueden verbalizar cuales pueden ser las posibles complicaciones en un proceso de cicatrización y como podrían solventarlas con su experiencia en la salud. Además, debemos saber el papel tan importante que juega el personal de enfermería en todo el proceso desde que se diagnostica la enfermedad hasta que se cura.</p>
Técnicas que utilizar		Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> Técnica expositiva: lesión con discusión Técnica de análisis: estudios de casos clínicos. (resolución y exposición) 		<ul style="list-style-type: none"> Cuestionarios post sesión para poder saber que los conocimientos han sido procesados y comprendidos correctamente. Cuestionario de evaluación a los formadores y a la formación (Anexo X) Resolución de dudas.
Metodología y recursos de la sesión		
<p>Se iniciará la segunda y última sesión con una técnica expositiva con discusión en la que los enfermeros nos mencionaran qué papel juegan ellos en todo el proceso de esta enfermedad. Seguidamente se empleará una técnica basada en el análisis de diferentes casos clínicos poniendo así a los participantes en grupos de 3 para la resolución de los diferentes casos clínicos que se les entregarán en papel. Una vez resueltos, se elegirá un portavoz del grupo el cual nos comentará como su grupo realizaría el proceso de cura y cicatrización de ese caso.</p> <p>Una vez se cierre la sesión los participantes rellenarán una encuesta de evaluación y satisfacción sobre la formación recibida en donde nos podrán evaluar: la organización, los contenidos, los métodos empleados, los recursos tanto materiales como humanos empleados y la coordinación de la actividad.</p>		

7 Evaluación del proyecto

7.1 Evaluación de la estructura del proyecto

La evaluación de la estructura del proyecto educativo nos mostrará y nos permitirá saber y conocer las debilidades y fortalezas de la formación tanto en el ámbito teórico como en el práctico. Podremos analizar y saber si los recursos materiales y humanos utilizados han sido suficientes y han cumplido con la finalidad y los objetivos marcados. La finalidad de esta evaluación es detectar qué no ha funcionado, que ha fallado para reforzarlo y qué ha sido un éxito para seguir incentivándolo en futuras ediciones. Los cuestionarios serán anónimos, pero nos ayudarán a ver todas las debilidades y fortalezas del curso Anexo (VII).

7.2 Evaluación realizada por los profesionales

Los profesionales que han realizado y desarrollado el proyecto educativo evaluarán todos los procesos como la captación, el manejo en el aula, la metodología, la motivación, la participación y que el interés de los participantes siempre ha sido el adecuado. La asistencia se controlará con una planilla de asistencia que deben firmar los asistentes Anexo (VI).

7.3 Evaluación realizada por los participantes

Esta evaluación consiste en que los participantes post-sesión realicen un breve cuestionario donde reflejen los conocimientos adquiridos durante la formación, la dificultad que les ha supuesto y además si ha sido motivante las sesiones o no, este cuestionario será anónimo Anexo (VIII).

7.4 Evaluación de resultados

Esta evaluación tiene como finalidad evaluar los diferentes objetivos de cada área la cognitiva, de habilidades, actitud-afectiva, con ello se sabrá si se ha cumplido durante el curso dichos objetivos planteados para el desarrollo de la formación. Además, permitirá saber e interpretar el impacto que ha tenido la formación en los participantes.

7.4.1 Evaluación del área cognitiva

Se deberá evaluar los conocimientos que han adquirido los participantes con respecto a:

- Etiología y fisiopatología de la enfermedad.
- Manifestaciones clínicas y tratamientos disponibles actualmente.
- Que es la CMM.
- Proceso de cicatrización y resultados estéticos finales.

Para ello daremos a los participantes un cuestionario post sesión para valorar el grado de conocimientos que se han adquirido durante la sesión (Anexo IX, X).

7.4.2 Evaluación del área de habilidades

Se evaluará el nivel de habilidad que han adquirido los participantes durante la sesión formativa para identificar los tipos de heridas y saber que cura se debe realizar para cada una de ellas, también para saber el papel tan importante que juega el personal de enfermería en la prevención y el cuidado de la piel y el mantenimiento y cicatrización de las heridas (Anexo XI).

7.4.3 Evaluación del área emocional y afectiva

Se evaluará si los participantes han verbalizado y compartido sus frustraciones y miedos durante el desarrollo de la sesión formativa, si les ha resultado complicado buscar el mejor mecanismo de cura y si les ha supuesto un reto para ellos este aprendizaje (Anexo XII)

7.5 Evaluación de los resultados a medio y largo plazo

Cuando finalicen las formaciones tanto del turno de mañana como de tarde se planteará una evaluación a medio y largo plazo, la finalidad de estas evaluaciones será saber el impacto que ha presentado esta formación a nivel de conocimiento y habilidades en el personal de enfermería del centro de salud de Pacífico.

Se realizará una primera evaluación al mes de haber terminado la formación, se enviará un mail con una encuesta donde se plantearán varios casos con imágenes y se harán preguntas abiertas. Luego a los dos meses se volverá hacer la misma acción. Una vez resueltos los dos cuestionarios resueltos podremos analizar y ver el impacto que ha tenido nuestra formación y si se han cumplido los objetivos marcados en el proyecto educativo, además nos podrán proporcionar información para futuras ediciones. (Anexo XIII)

8 Bibliografía

1. Castillo, A. Á, Alfaro, J. M. R., & Boza, A. S. (2020). Revisión sistemática del carcinoma basocelular. *Revista Médica Sinergia*, 5(5), 12. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7398592>
2. Tejera-Vaquerizo, A., Descalzo-Gallego, M. A., Otero-Rivas, M. M., Posada-García, C., Rodríguez-Pazos, L., Pastushenko, I., . . . García-Doval, I. (2016). Incidencia y mortalidad del cáncer cutáneo en España: Revisión sistemática y metaanálisis. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 107(4), 318-328. doi:10.1016/j.ad.2015.12.008
3. Roine Alberto Pena-Olivera, Ana Laura Navarro-Baldellot, & Leydiani Espín-Guerra. (2021). Factores etiopatogénicos que influyen en la aparición del carcinoma basocelular. *Universidad Médica Pinareña*, 0(0), e668. Retrieved from <https://doaj.org/article/2c73443e946f4d69ae5bd26e28a265b7>
4. Viñas García, M., Algozaín Acosta, Y., Álvarez Campos, L., & Quintana Díaz, J. C. (2011). Comportamiento del carcinoma basocelular facial en artemisa durante la última década. *Revista Cubana De Estomatología*, 48(2), 121-128. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75072011000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=en
5. Aceituno-Madera, P., Buendía-Eisman, A., Arias-Santiago, S., & Serrano-Ortega, S. (2010). Evolución de la incidencia del cáncer de piel en el período 1978–2002. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 101(1), 39-46. doi:10.1016/j.ad.2009.05.001.
6. Coca, N. A. G., Rincón, E. H. H., & Ruíz, J. C. (2016). El impacto de la Prevención Primaria y Secundaria en la disminución del Cáncer de Piel. *CES Salud Pública*, 7(2), 4. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5757840>.
7. Schwartzman, G., Cartron, A. M., & Khachemoune, A. (2021). Review and reappraisal of assessment parameters of second intention healing after Mohs micrographic surgery. *Archives of Dermatological Research*, doi:10.1007/s00403-021-02209-y

8. Atiyeh, B. S., Amm, C. A., & El Musa, K. A. (2003). Improved scar quality following primary and secondary healing of cutaneous wounds. *Aesthetic Plastic Surgery*, 27(5), 411-417. doi:10.1007/s00266-003-3049-3
9. Joseph, A. W., & Joseph, S. S. (2019). Mohs reconstruction and scar revision. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 52(3), 461-471. doi:10.1016/j.otc.2019.02.002
10. Stebbins, W. G., & Neel, V. (2016). Primary surgical closure versus second-intention healing (SIH) after mohs micrographic surgery: Patient satisfaction and clinical implications. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 75(2), 71. doi:10.1016/j.jaad.2016.02.1238
11. Edelman, A., Foley, M., & McCall, M. (2021). 24-7 dressing technique to optimize wound healing after mohs micrographic surgery. *Cutis*, 107(3), 149-150. doi:10.12788/cutis.0201
12. Liu, A., Moy, R. L., & Ozog, D. M. (2011). Current methods employed in the prevention and minimization of surgical scars. *Dermatologic Surgery: Official Publication for American Society for Dermatologic Surgery [Et Al.]*, 37(12), 1740-1746. doi:10.1111/j.1524-4725.2011.02166.x
13. Schimmel, J., Belcher, M., Vieira, C., Lawrence, N., & Decker, A. (2020). Incidence of surgical site infections in second intention healing after dermatologic surgery. *Dermatologic Surgery: Official Publication for American Society for Dermatologic Surgery [Et Al.]*, 46(12), 1492-1497. doi:10.1097/DSS.0000000000002409
14. Van der Eerden, Paul A., Lohuis, Peter J. F. M., Hart, A. a. M., Mulder, W. C., & Vuyk, H. (2008). Secondary intention healing after excision of nonmelanoma skin cancer of the head and neck: Statistical evaluation of prognostic values of wound characteristics and final cosmetic results. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 122(6), 1747-1755. doi:10.1097/PRS.0b013e31818a9aaa

15. Gugelmeier, N., Navarrete, J., Magliano, J., Martínez, M., & Bazzano, C. (2017). Complications and solutions in mohs micrographic surgery: A retrospective analysis. *Revista Chilena De Dermatología*, 32(2) doi:10.31879/rcderm.v32i2.99
16. Coca, N. A. G., Rincón, E. H. H., & Ruiz, J. C. (2016). El impacto de la Prevención Primaria y Secundaria en la disminución del Cáncer de Piel. *CES Salud Pública*, 7(2). <https://doi.org/10.21615/3559>
17. Revista de enfermería ocronos - publicación científica indexada, ISSN. Retrieved from <https://revistamedica.com/revista-enfermeria-ocronos-publicar-articulo/>.
18. Modelo para elaboración de proyectos educativos y sociales. (2017). Retrieved from <https://educrea.cl/modelo-elaboracion-proyectos-educativos-sociales/>
19. Onrubia-Paterna, S. I., & Pérez-Giménez, M. E. (2021). Cirugía micrográfica de mohs en cirugía mayor ambulatoria. circuito y cuidados de enfermería: Enfermería Dermatológica, 15(43), 14-17. doi:10.5281/zenodo.5519775
20. Bazzano, C., Álvarez, M., & Martínez, M. (2008). Apósitos hidrocoloidales en la cicatrización por segunda intención de heridas quirúrgicas. *Revista Médica Del Uruguay*, 24(1), 32-36. Retrieved from http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-03902008000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=en
21. Juárez Dobjanschi, M. C., Bassas Freixas, P., Ferrándiz-Pulido, C., Bodet Castillo, D., Hilari Carbonell, H., Mollet Sánchez, J., . . . García-Patos Briones, V. (2021). Factores de riesgo relacionados con la infección de la herida quirúrgica en cirugía dermatológica. estudio prospectivo en un hospital de tercer nivel. *Piel*, 36(7), 438-447. doi:10.1016/j.piel.2020.08.003

ANEXOS

Anexo I: Poster sesión formativa



 Servicio Madrileño de Salud
Gerencia Asistencial de Atención Primaria
SaludMadrid

El arte de curar

- **1ª edición** : sesiones para enfermeros del CS Pacifico.
- **Fechas:** Abril de 2022 turno de mañana y tarde
- **Lugar:** Aula de formación en el centro de salud de Pacifico.
- Mas información contactar con el responsable de enfermería del centro.

TAL VEZ LA HERIDA NO
SEA TU CULPA, PERO
SANARLA ES TU
RESPONSABILIDAD

 COMILLAS
 ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA
 SAN JUAN DE DIOS

Anexo II: Folleto informativo

<p>CONTENIDO</p> <p><u>1ª SESION</u></p> <ul style="list-style-type: none">-Historia-Epidemiologia-Factores riesgo-Diagnostico-Tratamiento-CMM (Cirugía de Mohs)-Cicatrización <p><u>2ª SESION</u></p> <ul style="list-style-type: none">-Resultados estéticos-Papel del personal sanitario-Intervenciones de enfermería-	
<p><u>FORMACION</u></p> <ul style="list-style-type: none">➤ Profesional de enfermería.➤ 2:30 duración cada sesión.➤ Grupos de 9 personas y turnos mañana y tarde	<p><u>LUGAR</u></p> <p>Centro salud Pacifico Calle Reyes Magos 21</p> <p> Servicio Madrileño de Salud Gerencia Asistencial de Atención Primaria</p>



INSCRIPCION

**HOJA DE INSCRIPCION LA PUEDE
ENCONTRAR EN :**

- Centro salud en recepción.
- Pagina web del centro.
- Despacho de la persona responsable de la supervisión de enfermería.



EL ARTE DE CURAR

- Primera edición para profesionales de enfermería del centro de salud de Pacífico
- Abril de 2022 turno de mañana y tarde.
- Centro de salud de atención primaria de Pacífico.
- Mas información contacte con la supervisión de enfermería.



EL ARTE DE CURAR

Se realizara en el centro de salud ubicado en la calle Reyes magos No. 21.

Bus: 10,14,32,63, C2

Metro : linea 1,6 -Tren : C1,C10,C2,C5,C7



Anexo III: Información para los profesionales de enfermería del centro de salud de Pacifico.



Compañero/a:

Con este comunicado mi intención es poder ofrecerte toda la información necesaria e importante del proyecto de que estamos organizando llamado “EL ARTE DE CURAR” el cual nos instruirá acerca del proceso de curas, cicatrización y resultado estético de la CMM (cirugía micrográfica de Mohs). Vosotros sois la puerta de entrada de la población al sistema sanitario por ello es importante estar en continua formación y adquirir conocimientos en este campo tan amplio e importante como es el manejo de la herida.

El contenido del curso será: ¿Qué es el cáncer de piel? Etiología, epidemiología, factores de riesgo, tratamiento Gold estándar del cáncer de piel, ¿qué es la CMM? Los tipos de curas, Los procesos de cicatrización ¿en qué consisten?Cuál es el más óptimo y los resultados estéticos en el paciente, además del papel del personal de enfermería durante el proceso pre- y post quirúrgico y todo el proceso emocional y psicológico del paciente.

Se desarrollará una primera edición que ira enfocada a los profesionales de enfermería del centro de salud de Pacifico, en ella cubriremos 18 plazas de participantes en los dos turnos mañana y tarde. El proyecto educativo se desarrollará en 2 sesiones cada una de 2:30 horas de duración se emplearán a lo largo del desarrollo de la formación técnicas expositivas, explicativas, participativas y prácticas, tendrá lugar en el aula de formación del centro de salud de pacífico.

El proyecto ha contado con la ayuda para la organización y desarrollo con la parte coordinadora del centro, con esto hemos conseguido realizarlo en el mes de abril en horarios tanto de mañana y de tarde para completar el aforo total del grupo y poder compaginar con la conciliación familiar de los participantes. Se valorará la permuta entre participantes siempre que se indique con tiempo y sea autorizado por los responsables de la organización.

Para la inscripción en el curso de formación se repartirá por parte de la supervisión de enfermería del centro los formularios de inscripción que serán rellenados y entregados 15 días antes de la realización del curso, con esto pretendemos podamos responder a todos con antelación y revisar la solicitud. 7 días antes de la incitación del curso se publicará en la página del centro y se enviará un mail a cada uno de los participantes indicando la aceptación de la solicitud y confirmando el horario y la fecha de iniciación del curso.

Cualquier duda que pueda surgir estaré encantada de resolverla.

Muchas gracias por vuestra colaboración.

Madrid a,de.....2022

Ximena Lotero Valencia

Responsable del proyecto "EL ARTE DE CURAR"

Estudiante de 4º curso de enfermería

Correo:

Anexo IV: Hoja de solicitud de plaza para el profesional de enfermería.



FORMACIÓN CONTINUADA

SOLICITUD DE PLAZA PARA LA FORMACION “EL ARTE DE CURAR”

DATOS DEL SOLICITANTE		
Nombre del curso		
Nombre y apellidos		
DNI	Mail:	
Teléfono:		
Localidad:	Provincia:	CP:
Turno de preferencia de asistencia	Mañana	Tarde
Marque (X)		
Expectativas del curso:		
Observaciones:		

Madrid a,de.....2022

Una vez solicitada la plaza para la formación se comunicara por vía telemática si ha sido admitido en un plazo de 7 días. Los datos personales serán tratados conforme a ley vigente establecida en la ley orgánica 3/2018 de 5 diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

Anexo V: Documento de la confirmación de plaza



FORMACION CONTINUADA

CONFIRMACIÓN DE SOLICITUD DE PLAZA CURSO “EL ARTE DE CURAR”

Estimado/a

Sr.

Sra.....desde el centro de salud Pacífico y la universidad Pontificia de Comillas- escuela universitaria de Enfermería y Fisioterapia, le comunico que su solicitud de la plaza para el curso “EL ARTE DE CURAR” ha sidoACEPTADA.

Informamos los datos relativos a la 1ª edición de la formación:

Fecha :.....

Grupo:

Lugar: Aula de formación del centro de salud de atención primaria de Pacífico ubicado en la Calle Reyes magos 21, Madrid.

Líneas de autobuses:10, 14,32,62 C2

Líneas de Metro: L1 y L6

Madrid a, de.....2022

Ximena Lotero Valencia

Responsable del proyecto

Estudiante de 4º curso de Enfermería

Anexo VII: Evaluación estructural procesal.



ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Instrucciones: Los participantes deberán responder la siguiente encuesta la cual tendrá como objetivo evaluar la estructura y el desarrollo del curso. Para ello es necesario que se marque con un "X" la casilla correspondiente a su evaluación. Siendo el No. 1 la peor calificación y el 5 la mejor.

Muchas gracias.

Evaluación de la organización					
Puntuación	1	2	3	4	5
Tiempo de las sesiones ha sido adecuado					
Se han cumplido las medidas higiénico-sanitarias					
Los turnos, fechas y horas de la formación han permitido la correcta conciliación familiar					
Ha habido feedback a la hora de solicitar información a los organizadores de la formación.					
La formación ha cubierto las expectativas					
Evaluación global de la formación					

Evaluación de los espacios y recursos de la formación

Puntuación	1	2	3	4	5
El ambiente (T ^a , ventilación, luz) eran los adecuados para el desarrollo de la formación.					
El material y las presentaciones de apoyo han sido suficientes y de calidad.					
Los medios audiovisuales eran adecuados para la formación.					
El espacio (distribución y tamaño de la sala) eran los adecuados.					
Evaluación global del espacio y recursos utilizados.					

Recomendaciones para las próximas ediciones:

Anexo VIII: Evaluación realizada por los participantes



Instrucciones:

Los participantes deberán responder la siguiente encuesta la cual tendrá como objetivo evaluar la estructura y el desarrollo del curso. Para ello es necesario que se marque con un "X" la casilla correspondiente a su evaluación. Siendo el No. 1 la peor calificación y el 5 la mejor. Solo se evaluarán a los docentes que han participado en la formación.

Muchas gracias.

Evaluación de los responsables de la formación					
Nombre del docente 1:					
Puntuación	1	2	3	4	5
El docente poseía conocimientos sólidos de la materia					
El docente ha promovido la participación y ha resuelto dudas de forma eficaz y activa.					
El docente ha sido claro y preciso en sus explicaciones					
La actitud del docente durante la formación ha sido la adecuada					
Evaluación global del docente					

Evaluación de los responsables de la formación					
Nombre del docente 2:					
Puntuación	1	2	3	4	5
El docente poseía conocimientos solidos de la materia					
El docente ha promovido la participación y ha resuelto dudas de forma eficaz y activa.					
El docente ha sido claro y preciso en sus explicaciones					
La actitud del docente durante la formación ha sido la adecuada					
Evaluación global del docente					

Evaluación de los responsables de la formación					
Nombre del docente 3:					
Puntuación	1	2	3	4	5
El docente poseía conocimientos solidos de la materia					
El docente ha promovido la participación y ha resuelto dudas de forma eficaz y activa.					
El docente ha sido claro y preciso en sus explicaciones					
La actitud del docente durante la formación ha sido la adecuada					
Evaluación global del docente					

Anexo IX: Evaluación post- sesión 1



Instrucciones:

Los participantes deberán responder el siguiente cuestionario, el cual está planteado para valorar la eficacia y la adquisición de conocimientos en esta primera sesión, agradecemos que sea de forma honesta, recuerde que no tendrá calificación numérica.

Muchas gracias.

1. ¿El cáncer de piel es?

- Un crecimiento controlado de células normales de la piel.
- Un crecimiento descontrolado de células anómalas de la piel.
- Un crecimiento mantenido de las células normales y anómalas de la piel.

2. ¿Es el cáncer de piel?

- El tumor maligno más frecuente.
- El tumor benigno menos frecuente.
- El tumor maligno menos frecuente.

3. ¿El CBC (Carcinoma basocelular) es?

- El tumor menos frecuente y maligno.
- El tumor más frecuente y agresivo.
- El tumor más frecuente y menos agresivo.

4. ¿El melanoma es?

- El tumor más frecuente y agresivo.
- El tumor menos frecuente y más agresivo.
- El tumor más frecuente y menos agresivo.

5. ¿Los factores que contribuyen al desarrollo del CBC son?

- Factores genéticos y ambientales.
- Factores sociales y personales.

- Factores ambientales y económicos.
6. ¿Las manifestaciones en la piel del CBC son?
- Mancha de forma irregular.
 - Mancha ulcerosa.
 - Mancha con cierto abultamiento.
7. ¿El tratamiento actualmente más recomendado para la eliminación del CMC es?
- La CMM (cirugía micrográfica de Mohs).
 - El tratamiento con láser.
 - El tratamiento quirúrgico.
8. ¿El orden correcto del proceso de cicatrización de heridas es?
- Deposición de tejido conectivo, epitelización, contracción.
 - Contracción, deposición de tejido conectivo, epitelización.
 - Epitelización, deposición de tejido conectivo, contracción.
9. ¿Para evaluar a un paciente de CMM hay que tener en cuenta?
- Edad, sexo, antecedentes familiares.
 - Sitio anatómico y tamaño del tumor.
 - Sexo, tamaño del tumor.

Anexo X: Evaluación post- sesión 2



Instrucciones:

Los participantes deberán responder el siguiente cuestionario, el cual está planteado para valorar la eficacia y la adquisición de conocimientos en esta primera sesión, agradecemos que sea de forma honesta, recuerde que no tendrá calificación numérica.

Muchas gracias.

1. ¿Qué se puede utilizar para optimizar el proceso de cicatrización?
 - Vit E, toxina botulínica A, láseres.
 - Láminas de silicona, pomadas hidratantes.
 - Todas son correctas
2. En un cierre por segunda intención Vs cierre quirúrgico intencional suele haber
 - Hay más riesgo de infección
 - Hay menos riesgo de infección.
 - Hay el mismo riesgo de infección.
3. ¿Cuál fue el principio de la CMM?
 - El cierre quirúrgico.
 - El cierre por segunda intención
 - Los dos cierres se utilizaron en sus principios indistintamente.
4. ¿En qué radica el éxito del tratamiento del cáncer de piel?
 - Detección precoz del cáncer de piel.
 - Tipo de cierre de la herida
 - Hábitos higiénico-dietéticos del paciente.
5. ¿Qué condicionante puede ser determinante a la hora de sufrir cáncer de piel?
 - Ubicación geográfica, ocupación laboral.
 - Nivel social alto y mejor acceso a los servicios sanitarios.
 - Hábitos de deporte y alimentación saludables.
6. En enfermería nuestra actuación en los centros de AP va a ir enfocada a:
 - Promoción y prevención
 - Atención sanitaria.
 - Realización de pruebas y derivación a hospital.

Anexo XI: Evaluación del área de habilidades



Instrucciones:

Los formadores deberán responder la siguiente encuesta la cual tendrá como objetivo evaluar las habilidades desarrolladas por los participantes. Para ello es necesario que se marque con un “X” la casilla correspondiente a su evaluación. Siendo el No. 1 la peor calificación y el 5 la mejor.

Muchas gracias.

Evaluación					
No. sesión:					
Turno:					
Puntuación	1	2	3	4	5
Los participantes han asistido y han sido puntuales durante la formación.					
Los participantes han sabido aprovechar el material facilitado para el desarrollo de la formación.					
Durante la formación se ha mantenido un buen ambiente en el aula.					
Los participantes han adquirido las habilidades que se marcaban como objetivo en la formación.					
Los participantes han reconocido la importancia del papel que juega la enfermería en este proceso.					

Anexo XII: Evaluación del área emocional-afectiva



Instrucciones:

Los participantes deberán responder la siguiente encuesta la cual tendrá como objetivo evaluar el área emocional-afectivo durante el proceso de formación. Para ello es necesario que se marque con un "X" la casilla correspondiente a su evaluación. Siendo el No. 1 la peor calificación y el 5 la mejor.

Muchas gracias.

Evaluación					
No. sesión: Turno:					
Puntuación	1	2	3	4	5
Puedo identificar los estímulos que cambian mis emociones.					
Mi nivel de ansiedad ha variado tras expresar mis sentimientos.					
He sabido comunicar e identificar mis limitaciones en el grupo.					
Esta formación me ha servido para mejorar mi autoestima					
En casos de urgencia, tengo capacidad de reacción y adaptación					

Anexo XIII: Evaluación a corto y largo plazo



CUESTIONARIO A CORTO Y LARGO PLAZO

Instrucciones:

El participante deberá responder las siguientes preguntas abiertamente, esto se plantea para valorar los conocimientos adquiridos durante la formación que se realizó hace 30 días/60 días. Es importante responder de manera honesta le recordamos este cuestionario no evalúa competencias ni calificación numérica y que es confidencial. Una vez terminado se puede enviar a: elartedecurar@salud.madir.org.

Muchas gracias.

Preguntas abiertas

1. De los contenidos abordados en el curso acerca del cáncer de piel, la CMM y el proceso de cicatrización responda:
 - ¿Qué es el cáncer de piel?
 - ¿Cuál es el más común y el menos agresivo?
 - Enumere algunos de los factores predisponentes para sufrir el cáncer de piel.
 - En que consiste la CMM.
 - Que podemos utilizar para optimizar el proceso de cicatrización de las heridas en las CMM.
 - Describa la importancia del papel de la enfermería en este proceso patológico.