REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HERIDAS

H&C

Heridas y Cicatrización

nº 1
MARZO
2020
VOLUMEN 10
Trimestral
Incluida en el catálogo de Latindex
desde enero de 2017

Editorial: 10 años de H&C en el seno de la SEHER • **Caso Clínico:** Abordaje multifactorial de herida compleja desde atención primaria: caso clínico • Uso de terapia de presión negativa portátil en dehiscencia de herida quirúrgica tras extirpación de un dermatofibrosarcoma protuberans • **Imagen del mes:** Úlceras en miembros inferiores en contexto de administración subcutánea de tóxicos • **9º Congreso de la Sociedad Española de Heridas:** Ponencias, Comunicaciones Orales, Mesa de Casos Clínicos, Pósteres• **Normas de publicación**

seher
Sociedad Española de Heridas

DIRECTOR
Prof Dr. Carlos A. Rodríguez Arias MD, PhD. Neurocirugía. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; España.

REDACTOR JEFE
Francisco Javier Pacheco Compaña MD. Cirugía Plástica. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña; España.

COORDINADOR DE REDACCIÓN
Enrique Salmerón González. Cirugía Plástica. Hospital Universitario La Fe de Valencia; España.

COMITÉ CIENTÍFICO
Dr. Edgar Mauricio Avellaneda Oviedo. Cirugía Plástica. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña; España.
Juan Campos Campos. Podólogo. Universidad de Valencia; España.
Dr. Ignacio Anibal Capdevilla. Cirugía Plástica. Hospital Nuestra Señora del Rosario; Madrid; España.
Dra. Ana Belkis Porto Pérez. Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña; España.
Mª del Carmen Díaz Sánchez. Enfermera. Hospital Infanta Cristina; Parla; España.
Dr. José Luis Fernández Cañamaque. Cirugía Plástica. Hospital Universitario de Getafe; España.
Dr. José Luis Fernández Casado. Cirugía Vascular. Hospital Universitario de Getafe; España.
Dra. Xenia Garrigòs Sancristóbal. Cirugía Plástica. Hospital de Terrasa; España
Prof. Iván Julián Rochina. PhD. Enfermería y Podología. Universidad de Valencia; España.
Dra. Concepción Lorca García. Sección Cirugia Plástica Infantil. Hospital Gregorio Marañón de Madrid; España.
Francisco Martínez Arnau. Fisioterapeuta y Podólogo. Universidad de Valencia; España.
Dra. Carmen Mias Carballal. Cirugía General. Hospital Arnau de Vilanova de Lleida; España.
Dra. M Dolores Pérez del Caz MD. Cirugía Plástica. Hospital Universitario la Fe de Valencia; España.
Dra. Arancha Pérez Plaza. Cirugía Plástica. Hospital Universitario la Fe de Valencia; España.
Dr. Andrés Felipe Pineda Restrepo. Cirugía Plástica. Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín; Colombia.
David Ruiz Porras. Enfermero. Hospital de Antequera; España.
Mª Jesús Samaniego Ruiz. Enfermera. AGS Granada; España.
Jordi Viadé Julia. Responsable Unidad Pie Diabético. Hospital Germans Trials i Puyo de Badalona; España.

SECRETARÍA TÉCNICA
Calle Castelló, 128 – 7ª planta.
28006 – Madrid.
Teléfono: 914250243. Fax: 913023926.
secretaria@seherweb.es
www.seherweb.es

DISEÑO Y MAQUETACIÓN
Beatriz Pérez Gómez.

ISSN: 2171-8644.
Depósito Legal: NA-1040-10.

JUNTA DIRECTIVA
Presidenta: **Dra. María Dolores Pérez del Caz.** Médico, Jefe de Sección, Servicio de Cirugía Plastica, Unidad de Quemados del H. I. P. La Fe de Valencia.
Vicepresidente: **Dr. Carlos A. Rodríguez Arias.** Médico. Jefe de servicio de Neurocirugía. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
Secretaria General: **Nuria de Argila Fernández-Durán.** Enfermera. MSc. Doctoranda CCSS. Supervisora de Formación, Hospital de día geriátrico y Procesos enfermeros. Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, Madrid.
Tesorera: **Amparo Galindo Carlos.** Enfermera del Hospital Infanta Leonor. Madrid.
Vocales: **Iván Julián Rochina.** Enfermero. Profesor Doctor Universitat de València Estudi General. **Joan Miquel Aranda Martínez.** Enfermero docente asistencial, referente de heridas complejas, CAP Sant Llatzer, Consorcio Sanitari de Terrassa. **Dra. Carmen Mías Carballal.** Médico. Adjunta del servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. **Ana de Maya Martínez.** Enfermera, ámbito quirúrgico del Hospital General de Valencia. Profesora asociada Universidad de Valencia.

Editorial

Dr. Carlos A. Rodríguez Arias

Director de H&C

10 Años de H&C en el seno de la SEHER

Se cumplen con este número 10 años desde el nacimiento de la revista Heridas y Cicatrización con sus siglas H&C, junto con el nacimiento de la Sociedad Española de Heridas (SEHER).

Dese su inicio se constituyó como el órgano oficial de publicación y difusión de la Sociedad, siendo un órgano independiente de la SEHER, a la vez que integrado en ella, con el objetivo de mantener informados y motivados a todos aquellos profesionales sanitarios que estén interesados en las heridas en sus diversos aspectos, estudio, diagnóstico, tratamiento, evolución, prevención y cualquier disciplina que se nos ocurra relacionada con el mundo de las heridas.

La ilusión del primer número fue grande y el apoyo recibido fue muy importante, por lo que nacer no tuvo ninguna dificultad. Es quizás en el segundo número cuando miras al horizonte y ves el reto que te espera. Pero el esfuerzo y la constancia de todos los que han colaborado en ella, ha permitido su supervivencia.

Podemos distinguir en este tiempo dos épocas claramente diferenciadas. La primera con el Director de la Revista el Dr. Francisco Xavier Santos, época en la que se realizó la divulgación de los artículos científicos recibidos de distintos centros sanitarios de España y en ocasiones del extranjero, principalmente Latinoamérica, consolidando el carácter periódico de la revista. (Cuatro números al año). En esta etapa se fueron ensayando distintas formas de contenido como revista de prensa o artículo traducido, además de artículos originales, casos clínicos, revisiones e imagen del mes, en cuya evolución desaparecieron unos y permanecieron otros.

En una segunda etapa, con cambio de director e incorporación de un nuevo Redactor jefe, el Dr. Francisco Javier Pacheco, se mantiene el modelo de contenidos ya establecido, trabajando por la incorporación de la revista en las distintas bases de datos de indexación. Este trabajo constante y continuo permite que los índices sean cada vez más importantes con el objetivo final de intentar llegar a las bases internacionales de índole anglosajón.

Distintas variaciones ha sufrido el comité científico en su composición, variaciones que han sido justificadas por la propia evolución de la revista, presentando ahora en este capítulo una clara estabilidad y que todos ellos en su momento aportaron su granito de arena.

Mencionar a las personas más importantes que hacen posible la existencia de este foro de comunicación científica.

Los autores de artículos que con sus trabajos nos muestran cada vez más y mejor heridas más complejas y difíciles, demostrando con ello el alto índice de experiencia que existe entre los distintos profesionales. Los artículos, gracias a ellos, tienen un importante contenido científico, no siempre bien entendida su importancia, pero ahí están para cualquiera que quiera leerlos y ver como en distintas heridas, nada sencillas, se alcanza un excelente nivel de tratamiento, que sirve además como guía para aquellos otros que se enfrenten con patologías similares.

Los lectores. Son el otro pilar de la revista. No son nominales, no sabemos quiénes son, pero sabemos que están ahí, que leen los artículos y estamos seguros que a algunos los ha motivado a mandar artículos.

Pero el futuro de la revista está todavía por escribir. Después de diez años, la ilusión es la misma que la del primer número, si cabe aún más. Pues ha crecido y va avanzando en calidad. Calidad obtenida gracias al esfuerzo de todas las personas que lo hacen posible porque les gusta y les interesan las heridas.

A toda la comunidad de heridas, gracias por vuestro apoyo y colaboración en estos diez años, gracias extendidas a los diez años siguientes que estamos seguros nos catapultarán hacia un nivel científico superior.

Sumario

Editorial

10 Años de H&C en el seno de la SEHER 03

CARLOS A. RODRÍGUEZ ARIAS

Caso Clínico

Abordaje multifactorial de herida compleja desde atención primaria: caso clínico 06

ALBERTO BERNARDO MARTÍN, INMACULADA CONCEPCIÓN VILLA FERNÁNDEZ

Uso de terapia de presión negativa portátil en dehiscencia de herida quirúrgica tras extirpación de un dermatofibrosarcoma protuberans 11

M. CARMEN ROMERO RODRÍGUEZ, CELIA HORCAJADA REALES, VIOLETA NAVARRO SANTOS, LAURA ACEVES MORENO, ESPERANZA PLAZA GARCÍA, MARÍA GUADALUPE BENÍTEZ RAYEGO, JESÚS BORBUJO MARTÍNEZ

La imagen del mes

Úlceras en miembros inferiores en contexto de administración subcutánea de tóxicos 15

ALBERTO SÁNCHEZ GARCÍA, ENRIQUE SALMERÓN-GONZÁLEZ, ELENA GARCÍA VILARIÑO, ALBERTO PÉREZ GARCÍA

9º Congreso de la Sociedad Española de Heridas

Ponencias 17

Comunicaciones Orales 59

Mesa de Casos Clínicos 82

Pósteres 88

Normas de publicación 174

Summary

Editorial

10 years of H&C within SEHER 03

CARLOS A. RODRÍGUEZ ARIAS

Case Report

Complex wound multifactorial approach from primary care: a clinical case 06

ALBERTO BERNARDO MARTÍN, INMACULADA CONCEPCIÓN VILLA FERNÁNDEZ

Use of portable negative pressure therapy in surgical wound dehyscence after extirpation of a dermatofibrosarcoma protuberans 11

M. CARMEN ROMERO RODRÍGUEZ, CELIA HORCAJADA REALES, VIOLETA NAVARRO SANTOS, LAURA ACEVES MORENO, ESPERANZA PLAZA GARCÍA, MARÍA GUADALUPE BENÍTEZ RAYEGO, JESÚS BORBUJO MARTÍNEZ

Image of the month

Scattered ulcers in lower limbs in the context of subcutaneous drug administration 15

ALBERTO SÁNCHEZ GARCÍA, ENRIQUE SALMERÓN-GONZÁLEZ, ELENA GARCÍA VILARIÑO, ALBERTO PÉREZ GARCÍA

9º Congress of the Spanish Society of Wounds

Presentations 17

Oral communications 59

Table of Clinical Cases 82

Posters 88

Standards Publication 174

Abordaje multifactorial de herida compleja desde atención primaria: caso clínico

ALBERTO BERNARDO MARTÍN*, INMACULADA CONCEPCIÓN VILLA FERNÁNDEZ

ENFERMERÍA – CENTRO DE SALUD NARANCO

*Autor para correspondencia: albermar_7@hotmail.com

Recibido: 19 de diciembre de 2019 – Aceptado: 11 de enero de 2020

Resumen

Las heridas complejas precisan unos cuidados terapéuticos específicos para su completa cicatrización. Estas lesiones a menudo presentan numerosas complicaciones, siendo fundamental la aplicación de técnicas de cura avanzada e incluso técnicas quirúrgicas como injertos de piel. La utilización juiciosa de la evidencia científica disponible como guía para la práctica clínica, constituye un eje fundamental en el abordaje de estas lesiones, que junto a un adecuado manejo multifactorial y una coordinación multidisciplinar eficaz pueden conseguir, como en el caso clínico que se presenta, la resolución de la misma sin necesidad de recurrir al injerto tisular. De esta manera, se fomenta el papel protagonista de la enfermera en este campo, se reducen costes económicos y mejora la percepción y la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: Herida compleja – Abordaje multifactorial – Hematoma subcutáneo – Hipergranulación.

Abstract

Complex wound multifactorial approach from primary care: a clinical case

Complex wounds require specific therapeutic care for their complete healing. These lesions often have numerous complications, requiring the application of advanced cure techniques and even surgical skin grafts. As demonstrated in this clinical case, the judicious use of the scientific evidence constitutes a fundamental approach in addressing these injuries, and together with an adequate multifactorial approach and efficient multidisciplinary coordination, resolves the intervention without the need of tissue grafting.

Thus, the leading role of the nurse in this field is emphasized, reducing the economic costs and greatly improving the quality of life of the patient.

Keywords: Complex wound – Multifactorial approach – Subcutaneous hematoma – Hypergranulation.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) permite a los profesionales tomar decisiones para la práctica clínica mediante el análisis crítico de la evidencia científica disponible, dotando así de mayor rigor sus actuaciones, y mejorando la calidad de los cuidados[1]. La enfermera de Atención Primaria, como puerta de entrada a los servicios de salud, posee un enorme abanico de competencias, que conlleva la oportunidad y la responsabilidad de tomar decisiones con sentido crítico.

Dentro de las funciones de enfermería, el abordaje de heridas complejas supone un reto importante. Se define como herida compleja o complicada aquella que, por su profundidad, extensión, localización u otras características, precisa de unos cuidados terapéuticos específicos para su completa cicatrización. Estas lesiones a menudo presentan complicaciones, tales como edemas, hemorragias, hematomas, infección, osteomielitis, necrosis, dehiscencias etc.[2]. El desarrollo de dichas complicaciones en ocasiones requiere un abordaje multidisciplinar y multifactorial, llegando incluso a ser necesaria la aplicación de técnicas de cura avanzada y técnicas quirúrgicas, como los injertos tisulares.

Dos de las complicaciones que, aunque no muy comunes, son relativamente frecuentes, son: la aparición de un hematoma subcutáneo y la hipergranulación. Los hematomas subcutáneos se definen como heridas cerradas producidas por la rotura de pequeños vasos sanguíneos que pueden comprometer estructuras colindantes. La técnica Roviralta surge en los últimos años como alternativa para el trata-

miento de estos, y consiste en la inyección tópica de heparina de bajo peso molecular (HBPM) de 40-60mg[3] con objeto de disolver para posteriormente drenar el coágulo de sangre, favoreciendo la limpieza de la lesión y facilitando así la cicatrización[4,5]. La hipergranulación se define como el crecimiento exagerado de tejido de granulación durante la fase proliferativa de una herida, llegando incluso a rebasar los bordes de la misma e impidiendo por tanto el cierre[6]. Tradicionalmente esta complicación ha sido abordada mediante el uso de nitrato de plata o pomadas con corticoides a nivel tópico. Actualmente, aunque no existen evidencias sólidas que avalen el uso de corticoides tópicos[7], la utilización de metilprednisolona 20 mg en fomentos durante 10 minutos ha sido avalada por el ministerio de sanidad[8].

A continuación, se describe un caso clínico sobre una herida compleja o complicada, que precisó abordaje multifactorial en base a la evidencia disponible, y seguimiento multidisciplinario.

Figura 1. Estado inicial de la lesión.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Valoración

Varón de 26 años, sin antecedentes de interés, alérgico a penicilina, que sufre un accidente de moto acuática el 17 de agosto de 2019. Acude al servicio de urgencias hospitalarias de la localidad, donde es valorado por el servicio de cirugía plástica.

Diagnóstico

Herida de 20-25 cm de longitud en cara antero-interna pretibial derecha, con colgajo subcutáneo de base infero-interna y bordes contundidos, sin afectación de otras estructuras.

Plan de tratamiento

En el servicio de urgencias se realiza lavado aséptico con solución salina, técnica Friedrich en bordes de la herida, sutura subcutánea PGA 3/0 y sutura externa con agrafes. Se coloca drenaje *penrose* y se realiza cura local con tul, gasas, y vendaje compresivo suave con venda crepe. Se indica cobertura antibiótica, analgésica y antiinflamatoria, así como la elevación del miembro.

El día 19 de agosto se acude desde atención primaria al domicilio para valoración y abordaje de la lesión. El paciente

Figura 2. Sutura de herida y colocación de drenaje en urgencias.

Figura 3. Herida inciso-contusa cerrada en cara antero-interna pretibial derecha que presenta gran hematoma.

refiere correcta vacunación antitetánica. Se observa abundante sangrado sero-hemático a través del drenaje y ligera necrosis en parte superior en la zona de inserción de grapas que no es posible retirar. Se realiza cura según pauta del servicio de urgencias y se recuerdan medidas posturales.

Evolución

Al día siguiente, en la cura domiciliaria, se aprecia tejido necrótico alrededor de la zona de inserción de los agrafes, acompañado de febrícula. Su médico de cabecera deriva al paciente al servicio de Urgencias hospitalarias donde se le retira el drenaje y se decide mantener misma actitud terapéutica. El día 24 de agosto se observa un pequeño hematoma en el centro de la herida de unos 3x3 cm. Dada la escasez de recursos en el domicilio, se aconseja al paciente a acudir al día siguiente a la consulta de enfermería para un mejor abordaje y una mejor previsión de potenciales complicaciones. En la siguiente cura, además, se aprecia ligero sangrado a través de la zona de inserción de las grapas.

Se informa de la situación a su médico de atención primaria, y se decide conjuntamente la aplicación de la técnica Roviralta, previo consentimiento del paciente, extrayéndose una gran cantidad de sangre coagulada, y dejando sendas cavitaciones a ambos lados del orificio de unos 5x3 y 6x3 cm.

Se decide cura en ambiente húmedo, aplicando en la cavidad colagenasa e hidrogel, rellenando la misma con alginato para control de la humedad y el sangrado, y aplicando compresión suave con venda crepe. Por su parte, el médico indica heparina de bajo peso molecular (HBPM) subcutánea y derivación a consulta de cirugía plástica. Entre tanto se mantiene la pauta de cura indicada, alternando hidrofibra de hidrocoloide y alginato en función del exudado y la presencia de sangre. La herida se mantiene con importante detritus, pero sin signos de infección.

El 4 de septiembre el paciente acude a su primera consulta de C. Plástica, donde concluyen que presenta una pérdida de sustancia de espesor completo de 15x3 cm con tejido celular desvascularizado. Indican curas cada 48 horas con colagenasa y gasas impregnadas en solución salina, y programan cirugía para injerto de piel por circuito preferencial.

Figura 4. Aspecto de la lesión tras realización de técnica Roviralta.

Figura 5. Herida que presenta abundante fibrina, tejido desvitalizado y cavitaciones.

Figura 6. Herida que presenta tejido de granulación de buena calidad.

Figura 7. Detalle de hipergranulación en la herida.

Figura 8. Resultado de la herida tras la aplicación de metilprednisolona 20 mg en fomentos.

En las semanas sucesivas se mantiene un seguimiento tanto desde atención primaria como en cirugía plástica con buena evolución de la lesión. El 2 de octubre, algo más de 6 semanas después, la herida ya presenta una importante mejoría. Se observa limpia y con un tejido de granulación de buena calidad.

Se decide desde atención primaria modificar pauta de cura, sustituyendo gasas humedecidas por hidrofibra de hidrocoloide, combinada con hidrogel en función del exudado, y con aplicación puntual de colagenasa en zonas fibrinosas. Cinco días después se observa hipergranulación del lecho de la herida.

Se comenta estado con su médico de atención primaria y se decide aplicar metilprednisolona 20 mg en fomentos durante 10 minutos, aclarado posterior, y cura con hidrofibra de hidrocoloide durante dos días.

Dado el buen estado de la lesión, desde atención primaria se decide avisar al servicio de cirugía plástica para una nueva valoración, ya que se considera que no es necesaria la intervención quirúrgica. El día 10 de octubre, con casi 8 semanas de evolución, es visto de nuevo por este servicio, donde aprecian una importante mejoría, y deciden suspender la cirugía y continuar realizando curas desde atención primaria.

Figura 9. Resultado final. Cicatrización de herida.

Desde ese momento se mantiene cura en ambiente húmedo con hidrofibra de hidrocoloide, hidrogel en función del exudado y vendaje compresivo suave con venda crepe. A medida que la lesión va epitelizando, se observa que el nuevo tejido es fino y delicado, y en algunos cambios de apósito se rompe, por lo que se decide utilizar productos barrera para su protección. El 25 de octubre, con la herida mucho más evolucionada, se aprecia de nuevo hipergranulación, que se trata de nuevo con fomentos de metilprednisolona de 20mg, una sola aplicación. Se mantiene cura en ambiente húmedo hasta el 22 de noviembre, cuando se consigue se consigue el cierre completo de la lesión.

Siete días después, tras 15 semanas desde la aparición de la lesión, el paciente es dado de alta.

CONCLUSIÓN

Este caso clínico supone un claro ejemplo donde el uso razonado de la evidencia científica disponible, el abordaje multifactorial de la herida compleja y la aplicación de técnicas de cura avanzada, consiguen la curación total de la lesión por segunda intención, evitándose así el injerto tisular. También nos permite ilustrar el papel fundamental que la enfermería de Atención Primaria puede y debe jugar en este tipo de lesiones. Por otro lado, cabe mencionar la relevancia del abordaje multidisciplinar, siendo posible gracias a una adecuada comunicación entre los equipos de Atención Primaria y los servicios de especializada.

Todo ello refuerza la enfermería como disciplina y como profesión, mejora la percepción del profesional por parte del usuario, consigue resultados en salud, y reduce tiempos y costes. Para realizar una estimación del ahorro, se contactó con el servicio de facturación del Hospital Universitario Central de Asturias, así como con el Servicio de Cirugía Plástica. Con los datos aportados por tales fuentes, en este caso los costes de la intervención quirúrgica más la hospitalización correspondiente habría supuesto alrededor de 4.000 euros[9].

Bibliografía

[1] SUBIRANA M, FARGUES I. Enfermería Basada en la Evidencia. En: Difusión avances de enfermería. Enfermería basada en la evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados. Madrid: Ediciones DAE (Grupo paradigma); 2004. 10-15.

[2] YAO K, BALE L, YEW WP. Post-operative wound management. Aust Fam Physician. 2013; 42(12): 867-870.

[3] Huang CY, Choong MY. Is low-molecular-weight heparin beneficial to cronic ulcers? A meta-analysis of randomised control trials. Int Wound J. 2017; 14(3): 589-590.

[4] ROVIRALTA S. Hematoma subcutáneo. Resolución con heparina de bajo peso molecular (BPM) 0,4-0,6mg. Enfermería dermatológica. 2008; (4): 28-30.

[5] ROVIRALTA S, RUIZ CE. Abordaje de hematoma subcutáneo con heparina de bajo peso molecular (0,4-0,6). Heridas y cicatrización. 2012; 3(10):36-40.

[6] HAMPTON S. Understanding overgranulation in tissue viability practise. Br J Community Nurs. 2007. 12(9): 24-30.

[7] HOFMAN D, MOORE K, COOPER R, EAGLE M, COOPER S. Use of topical corticosteroids on chronic leg ulcers. J Wound Care. 2007. 16(5): 227-230.

[8] BARÓN MM, BENÍTEZ MM, CAPARRÓS A, ESCARVAJAL ME, MARTÍN MT, AL-LAL YM, MONTORO MA, MOHAMED E, MULAS MM, SÁNCHEZ J. Guía para la prevención y manejo de las UPP y Heridas Crónicas [Internet]. Madrid: Instituto nacional de gestión sanitaria; 2015 [revisado 2015; citado 10 Dic 2019]. Disponible en http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_Prevencion_UPP.pdf.

[9] Principado de Asturias. Decreto 194/2019, de 31 de octubre, de segunda modificación del Decreto 87/2009, de 29 de julio, por el que se establecen los precios públicos a aplicar por el Servicio de Salud del Principado de Asturias por la prestación de servicios sanitarios. Boletín Oficial del Principado de Asturias, 13 de noviembre de 2019, núm. 219, cod. 2019-11967.

Consideraciones éticas. Los autores de este artículo refieren no tener ningún conflicto de intereses. Las fotografías utilizadas en el desarrollo del mismo han sido tomadas con el teléfono móvil del propio paciente y cedidas voluntariamente, habiéndosele informado debidamente del propósito de su utilización. Del mismo modo, durante el desarrollo del trabajo, se ha mantenido en todo momento la confidencialidad de los datos personales del paciente.

Uso de terapia de presión negativa portátil en dehiscencia de herida quirúrgica tras extirpación de un dermatofibrosarcoma protuberans

M. CARMEN ROMERO RODRÍGUEZ*[1], CELIA HORCAJADA REALES[2], VIOLETA NAVARRO SANTOS[1], LAURA ACEVES MORENO[1], ESPERANZA PLAZA GARCÍA[1], MARÍA GUADALUPE BENÍTEZ RAYEGO[1], JESÚS BORBUJO MARTÍNEZ[3]

[1]ENFERMERAS SERVICIO DE DERMATOLOGÍA; [2]DERMATÓLOGA; [3]JEFE DE SERVICIO DE DERMATOLOGÍA.

H. U. DE FUENLABRADA – MADRID

*Autora para correspondencia: maricarmen.99@hotmail.com

Recibido: 19 de junio de 2019 – Aceptado: 11 de enero de 2020

Resumen

El dermatofibrosarcoma protuberans, es un sarcoma poco frecuente con tendencia a recidivar localmente. Su extirpación ha de hacerse con amplios márgenes quirúrgicos, lo que supone normalmente reconstrucciones complejas. Una de las complicaciones relativamente habitual que aumenta la posibilidad de otras complicaciones y además deteriora la calidad de vida del paciente es sin duda, la dehiscencia de herida quirúrgica.

La terapia de presión negativa portátil es un sistema de un solo uso, que favorece la cicatrización de heridas con bajo o moderado exudado y puede aplicarse desde las primeras fases de una herida quirúrgica, sin requerir la hospitalización del paciente para llevar a cabo dicha terapia. El empleo de esta terapia en heridas quirúrgicas complejas, resultado de la extirpación amplia de tumores cutáneos, es una opción a considerar para mejorar la evolución de éstas heridas.

Palabras clave: Dehiscencia sutura – Terapia de presión negativa portátil – Dermatofibrosarcoma protuberans.

Abstract

Use of portable negative pressure therapy in surgical wound dehyscence after extirpation of a dermatofibrosarcoma protuberans

Dermatofibrosarcoma protuberans is an infrequent sarcoma with a tendency towards recurring locally. Its removal must be done with wide surgical fringes, what usually means complex reconstitution. One of most frequent complications is the surgical wound dehiscence, which increases other complication's possibilities and contributes to poor patient's quality of life.

The portable topical negative pressure therapy is a non-reusable system, that aids wound healing that shows either low or moderate oozing. It can be used at first phases of a surgical wound and it doesn't require patient's hospitalization. The use of this therapy in complex surgical wounds, as a result of a broad removal of skin tumours, is an option to take into account in order to enhance the evolution of these types of wound.

Keywords: Wound dehiscence – Portable topical negative pressure therapy – Dermatofibrosarcoma protuberans.

INTRODUCCIÓN

El dermatofibrosarcoma protuberans es uno de los sarcomas de piel más frecuente aunque su incidencia es muy baja comparada con otros tumores cutáneos. Es un tumor de crecimiento lento que presenta baja capacidad metastásica pero alta incidencia de recurrencia local.

El diagnóstico en fases iniciales es difícil ya que con frecuencia es confundido con lesiones benignas. Su crecimiento en forma de proyecciones o "tentáculos" explica el alto índice de recidivas locales y dificulta la extirpación quirúrgica completa que es el tratamiento de elección[1].

La cirugía convencional con márgenes amplios tiene los inconvenientes de que puede ser incompleta y a la vez puede extirpar gran cantidad de tejido sano. La cirugía de Mohs o la cirugía tridimensional son alternativas de elección por su menor porcentaje de recidivas[2,3].

Figura 1. Aspecto inicial de la lesión en región dorso-lumbar paravertebral derecha.

CASO CLÍNICO

Varón de 26 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes de interés, remitido desde Cirugía General por una lesión en la región dorso-lumbar de varios años de evolución, con un diagnóstico clínico previo de posible quiste epidérmico y cuyos resultados de una primera extirpación parcial fueron compatibles con un dermatofibrosarcoma protuberans.

La cicatriz resultante (Figura 1) medía al menos 3x4 cm y se decidió reextirpar la lesión mediante la técnica quirúrgica de Mohs diferido con 1 cm inicial de margen clínico.

Figura 2. Resultado de la extirpación completa de la lesión, usando técnica quirúrgica de Mohs diferido.

Figura 3. Reconstrucción del defecto mediante un colgajo de doble rotación.

Requirió dos cirugías de Mohs diferido hasta su extirpación completa, la cual incluyó un fragmento importante del plano muscular (Figura 2) y una intervención posterior para control del sangrado.

La reconstrucción del defecto se realizó mediante un colgajo de doble rotación (Figura 3). El borde superior del colgajo mostró a los pocos días una dehiscencia (Figura 4), por la que se decidió la colocación del dispositivo de terapia de presión negativa portátil (PICO®).

Se pudo realizar un control ambulatorio del paciente, que acudió para la realización de las curas con una frecuencia semanal. Además, con el uso de la terapia de presión negativa, se consiguió un adecuado control del exudado de la herida, y no presentó ninguna otra complicación.

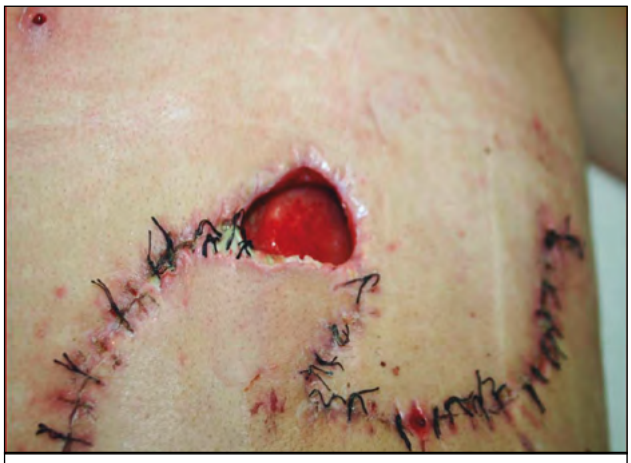

Figura 4. Dehiscencia del borde superior del colgajo. Inicio del uso del dispositivo de terapia de presión negativa portátil (PICOR).

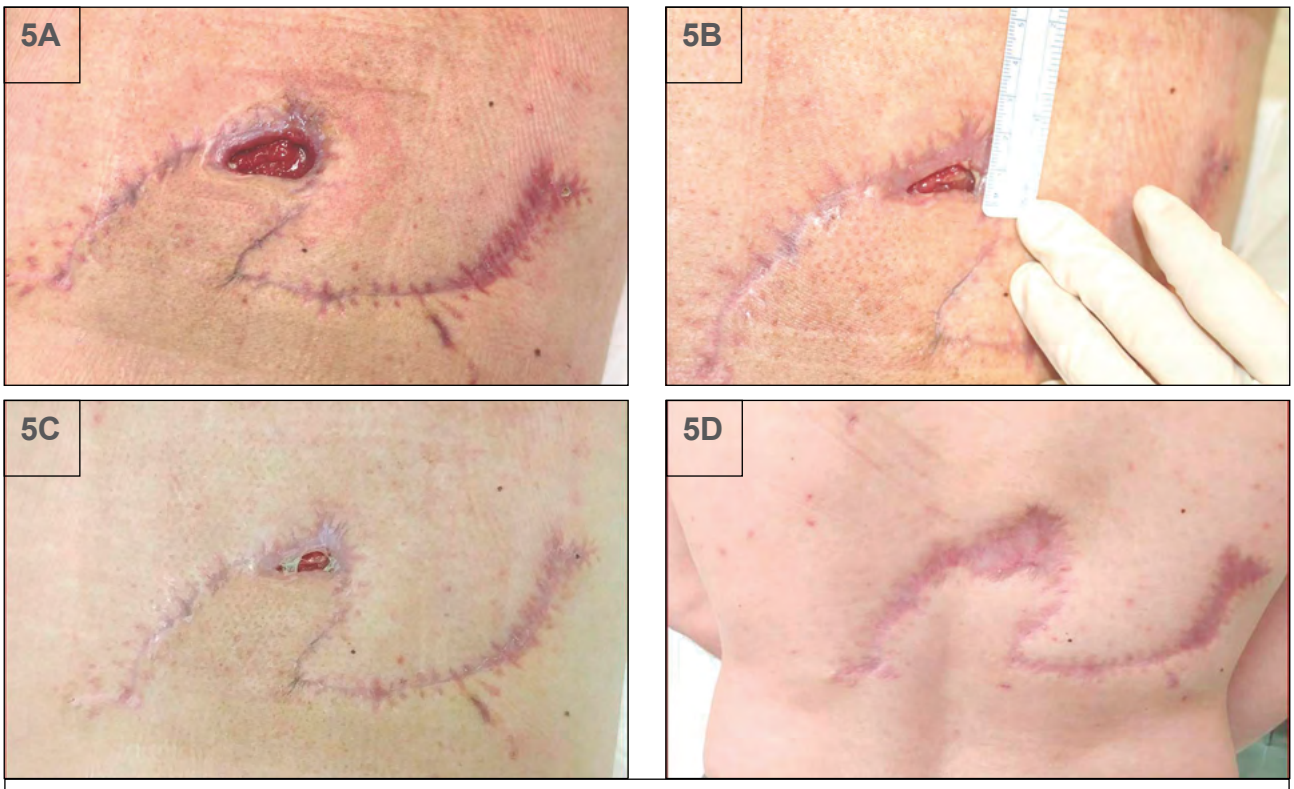

Figura 5A-5D. Evolución de la herida en 4 (A), 6 (B) y 8 (C) semanas desde el inicio del uso de la terapia de presión negativa portátil hasta su cicatrización completa en 10 semanas (5D).

La evolución de la herida fue muy favorable tras la colocación del dispositivo, con una cicatrización completa en 10 semanas (Figura 5).

DISCUSIÓN

La terapia de presión negativa reduce el exudado y mejora la epitelización de las heridas mediante un estiramiento mecánico que estimula las vías de señalización que promueven la mitosis de los queratinocitos y activan la neoangiogénesis[4,5].

Los dispositivos portátiles tienen la ventaja de que permiten a los pacientes recuperar precozmente su actividad habitual. El empleo de esta terapia en heridas quirúrgicas complejas resultado de la extirpación amplia de tumores cutáneos es una opción a considerar para mejorar la evolución de éstas.

El plan de cuidados enfermeros y las curas realizadas con terapia de presión negativa portátil, permitieron en el caso presentado realizar curas ambulatorias y favorecieron la rápida cicatrización de la herida dehiscente, sin otras complicaciones añadidas.

Además, dichas curas se pudieron distanciar en tiempo, ya que dicho dispositivo puede utilizarse hasta 7 días consecutivos, con la reducción del número de cambios de apósito que ello supone y la consiguiente disminución del riesgo de infección por sobreexposición[5].

CONCLUSIONES

La terapia de presión negativa reduce el exudado, mejora la epitelización de las heridas y reduce la posibilidad de infección. Los dispositivos portátiles tienen además la ventaja de que permiten a los pacientes recuperar precozmente su actividad habitual, disminuyendo los tiempos de cicatrización y sin necesidad de ingreso hospitalario del paciente. Esta terapia es una opción a considerar para mejorar la evolución de las heridas quirúrgicas complejas.

Bibliografía

[1] SERRA-GUILLÉN C, LLOMBART B, SANMARTÍN O. Dermatofibrosarcoma protuberans. Actas Dermosifiliogr. 2012;103:762-77.

[2] HÄFNER HM, MOEHRLE M, EDER S, TRILLING B, RÖCKEN M, BREUNINGER H. 3D-Histological evaluation of surgery in dermatofibrosarcoma protuberans and malignant fibrous histiocytoma: differences in growth patterns and outcome. Eur J Surg Oncol. 2008;34:680-6.

[3] IRARRAZAVAL I, REDONDO P. Three-dimensional histology for dermatofibrosarcoma protuberans: case series and surgical technique. J Am Acad Dermatol. 2012;67:991-6.

[4] LISTEWNIK MJ, SIELICKI P, MOKRZYCKI K, BISKUPSKI A, BRYKCZYŃSKI M. The Use of Vacuum-Assisted Closure in Purulent Complications and Difficult-To-Heal Wounds in Cardiac Surgery. Adv Clin Exp Med. 2015;24:643-50.

[5] MERMERKAYA U, BEKMEZ S, ALKAN E, AYVAZ M, TOKGOZOGLU M. Evaluation of vacuum-assisted closure in patients with wound complications following tumour surgery. Int Wound J. 2016;13:394-7.

Úlceras en miembros inferiores en contexto de administración subcutánea de tóxicos

ALBERTO SÁNCHEZ GARCÍA*[1], ENRIQUE SALMERÓN-GONZÁLEZ[1], ELENA GARCÍA VILARIÑO[1], ALBERTO PÉREZ GARCÍA[2]

[1]RESIDENTE Y [2]ADJUNTO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y QUEMADOS – HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE – VALENCIA

Autor para correspondencia: asgarcia1992@hotmail.com

Recibido: 23 de enero de 2020 – Aceptado: 24 de enero de 2020

Se nos solicita la valoración de una paciente de 48 años, ingresada en la Unidad de Enfermedades Infecciosas por presentar numerosas úlceras dispersas en ambos miembros inferiores. Es de destacar la variabilidad en la morfología de las lesiones y los diferentes estadios de evolución en los que se encuentran. Así, se pueden observar úlceras epitelizadas, granuladas y otras con fondo fibrinoso o tejido esfacelado.

Además de las múltiples lesiones de pequeño y mediano tamaño que presenta, en la región anteroinferior de la rodilla izquierda se objetiva una lesión de mayor superficie y profundidad, con exposición del aparato tendinoso extensor. En la cara interna del tercio medio de la pierna izquierda existe otra lesión extensa, con exposición de los músculos sóleo y gastrocnemio, así como una pequeña porción de tibia, desprovista de periostio.

Tras la realización de una anamnesis exhaustiva, la paciente reconoció el carácter autoinfligido de las lesiones, en relación con la administración subcutánea de drogas (cocaína, heroína) en dicha región. Por esta causa, se optó por una estrategia de curas sucesivas, en lugar del establecimiento de una indicación inicial de cirugía reconstructiva. Esto es así debido a la potencial morbilidad derivada de las zonas donantes de tejido autólogo, así como de la escasa probabilidad de éxito de la reconstrucción en una paciente que no ha cesado los hábitos tóxicos.

9° CONGRESO seher

Sociedad Española de Heridas

MADRID

27/29 febrero 2020

Meliá Avenida de América

www.congresoheridas.com

JUEVES 27 DE FEBRERO DE 2020

10.30 – 11.30 LECCIÓN INAUGURAL
Sala Zaragoza III-IV

LA ATENCIÓN DE LAS HERIDAS CRÓNICAS EN ESPAÑA: MIRADA AL ÚLTIMO CUARTO DE SIGLO

Soldevilla Agreda, J. Javier.
Servicio Riojano de Salud.

La poca documentación científica que hayamos hace apenas tres décadas en nuestra mirada a las lesiones por presión, entonces úlceras por decúbito, fueron las primeras responsables del inicio de una búsqueda encarnizada de respuestas a las preguntas que llevaban siglos sin responderse. Consejos que no indicaciones, antediluvianas, sin rigor, según la Escuela, talladas sobre preceptos útiles para las heridas agudas, era el germen desde el que en nuestro país iniciamos una andadura donde abundaban demasiadas preguntas y pocas respuestas irrefutables y ni tan siquiera éramos capaces de dimensionar la envergadura de cuantos pacientes con estas lesiones convivían en nuestro entorno, se producían en las camas que los sanitarios custodiábamos y qué decir de las acciones de prevención enfocadas a su detección.

Este panorama singular créanme es el que despertó la curiosidad a la par que la responsabilidad de un grupo de profesionales, muchos laborando en el ámbito de la gerontología, mayoritariamente enfermeros que inconformistas declaramos que no era posible continuar con ese desconocimiento y ligereza, cuando no frivolidad, en el abordaje preventivo y terapéutico, basado en concepciones personales y alejado de una práctica que hoy reconocemos basada en la evidencia. Con esas mieses iniciamos algunos movimientos científicos, con acciones decididas en tantos frentes como tuvimos energías para acometer, porque todo estaba abierto, confesemos, en sus inicios con miradas esquivas pero “permisivas” y poco interesadas de disciplinas sanitarias con poco apetito por estas afecciones crónicas con poco porvenir, con poca gloria en el panorama de las Ciencias de la Salud.

Iré relatando ese viaje, esa aventura, que comenzó con una primer estudio epidemiológico suprainstitucional, que nos diera la foto en toda una Región de la cantidad de pacientes con úlceras por presión en los distintos contextos asistenciales, acercamos los primeros documentos científicos incontestables que fueron naciendo, las primeras guías de práctica clínica que revolucionaron la forma de orientar la prevención o el tratamiento, organizamos los primeros encuentros científicos donde compartimos en voz alta esas inquietudes y censamos un interés desorbitado que hoy todavía sigue al alza. Formación, reconocimientos, documentos técnicos, investigaciones crecientes en calidad, mirada a otras heridas crónicas de nuestro circuito asistencial casi tan “penalizadas” como las propias lesiones por presión, adhesiones, estímulo para el desarrollo de materiales acordes con ese nuevo conocimiento, difusión del conocimiento, anhelo, crecimiento en valores, respeto y siempre que ha sido viable, y hoy lo es, demostración sin exclusividad del cambio de escenario, de intervenciones multidisciplinares, de creación de estructuras (unidades-clínicas de heridas, referentes en heridas, etc.) que comiencen a devolver el crédito y responder a las necesidades de unos pacientes con heridas crónicas en el siglo XXI. Permítanme y agradezco enormemente a quien lo ha propiciado (no olvido que los proyectos los hacen las personas), el ser este humilde contador de una historia que he vivido y que solo es un pequeño episodio de lo que será un futuro con oportunidades, con inercia científica para su atención sin retorno. Veinticinco años intensos de la historia que conozco. Disculpen aquellos frentes, grupos o personas que seguro han contribuido a esta evolución en este tiempo y no se han visto reflejados. A ellos también mi consideración como a todos los que hoy siguen esta aventura científica, creo consolidada, pero aventura al fin.

11.30 – 13.00 P1: SALUD DIGITAL: LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL COMO OPORTUNIDAD
Sala Zaragoza III-IV

PÁGINA WEB ULCERAS.NET ¿LA CONOCES?

Roldán Valenzuela, Andrés.
Servicio Andaluz de Salud.

www.Ulceras.net se define como un “Espacio Divulgativo sobre Heridas” dedicado íntegramente a ofrecer información científica y comercial a profesionales sanitarios y pacientes, sobre los cuidados de la piel, las heridas, las úlceras cutáneas, lesiones por humedad, patologías vasculares, pie diabético, cicatrices, etc. además de todo el arsenal de materiales, productos sanitarios y fármacos que existen en el mercado nacional.

Ulceras.net produce y distribuye una amplia gama de información sobre el cuidado de pacientes con úlceras y heridas, incluyendo sistemas de información, publicaciones especializadas y divulgación tanto en formato impreso como online y RRSS. La suma de experiencia contrastada con conocimiento y creatividad, hace que ofrezcamos soluciones completas de marketing para la industria farmacéutica del ámbito del cuidado de las heridas y otras relacionadas, como la nutrición, incontinencia, patologías vasculares, superficies de manejo de presión, calzado, exploración diagnóstica, etc.

En la actualidad es la página Web líder en España en búsqueda de información sobre productos para la prevención y tratamiento de heridas.

JUEVES 27 DE FEBRERO DE 2020

"Durante 2019 hemos recibido **828.290** accesos únicos". (Hosting www.ingent.net)

En la actualidad hay **10.130 usuarios registrados en la web y tenemos más de 55.000 usuarios** conectados a nuestras RRSS en Twitter, Facebook, Instagram y Lista Ulceras.

En Google estamos en los primeros puestos en resultados de búsqueda sobre ÚLCERAS o APÓSITOS.

Contamos con una web adaptada a todos los dispositivos, que cuenta con contenidos científicos y comerciales y que permite la comunicación directa entre los profesionales y las empresas.

Nuestras principales secciones son:

Empresas, Productos, Monográficos, Pacientes, Eventos, Blog, Casos clínicos, Artículos, Guías clínicas, Videos y Formación.

Además, nuestra web no es estática, contamos con nuestros DESTACADOS, con noticias, caso clínico, artículo y Guía clínica que cambian cada 48 h.

Se completa la web con CONSULTA al EXPERTO, La ENTREVISTA y acceso a nuestras redes sociales.

Sin duda Ulceras.net se ha convertido con los años en la página web de contenido divulgativo, científico y comercial de referencia sobre el mundo de las heridas a nivel nacional, nuestras páginas más visitadas son las de tratamiento de los distintos tipos de heridas crónicas más frecuentes como son las úlceras por presión y las heridas de pierna, hoy día realizamos frecuentes campañas de las principales redes sociales de cara a dar a conocer a los profesionales, los recursos más actualizados sobre el abordaje de las heridas.

¿SE PUEDE APRENDER CON UN BLOG? LUCES Y SOMBRAS DEL *E-LEARNING* EN SANIDAD

Taberner Ferrer, Rosa María.

Hospital Son Llátzer.

Los tiempos cambian y con ellos, los métodos de aprendizaje. Hemos pasado de las clases presenciales, libros y revistas, a otro tipo de enseñanza, tanto formal como informal, cuyos límites son los que nosotros mismos decidimos. Se trata de un concepto conocido como *aprendizaje en red*, *teleformación* o *aprendizaje virtual*, aunque es el término en inglés "***e-learning***" con el que nos referimos a él con mayor frecuencia.

El *e-learning* no es más que una de las estrategias que es capaz de resolver algunos de los problemas formativos con los que podemos encontrarnos, desde el aislamiento geográfico hasta la necesidad natural de perfeccionamiento constante que nos inculca la sociedad del conocimiento en que vivimos, sin olvidar el hecho de que el aprendiz pasa de ser un mero receptor a adoptar un papel activo debido a la interactividad que se le supone a este nuevo sistema.

En realidad el *e-learning* es inherente a la aplicación de las nuevas tecnologías en la enseñanza reglada. En la era de Internet sería absurdo que no se facilitara el acceso a los contenidos de las diferentes asignaturas de las carreras universitarias de manera accesoria a la parte presencial. Además, cada vez se ofrece más formación médica y sanitaria continuada mediante cursos online, *másters* universitarios a distancia, etc. Pero lo que de verdad ha supuesto una revolución es lo que podríamos denominar como "*e-learning* no reglado", a través de una serie de iniciativas (muchas veces no institucionales) dirigidas en aprovechar al máximo Internet para enseñar y/o aprender los diferentes aspectos del mundo sanitario. Estamos hablando de blogs, vídeos online, *podcasts*, *wikis*, etc. El *e-learning* puede experimentarse desde dos puntos de vista: el del sanitario-alumno como aprendiz en la red, y el del sanitario-docente, quien pretende mediante este medio, aportar sus conocimientos para llegar a aquellas personas interesadas en una disciplina en concreto.

A continuación se exponen algunas de las principales herramientas que podemos utilizar en uno u otro sentido, desde las más formales a otras más alternativas de enseñanza no-reglada:

- Cursos online.
- *Másters* universitarios no presenciales.
- MOOC (*Massive Open Online Course*)
- Blogs.
- Páginas web.
- Vídeos.
- Podcasts.
- Redes sociales.

Lamentablemente, y pese a poder realizar una excelente labor formativa, muchas de estas herramientas, por el hecho de no ser supervisadas o fiscalizadas por organismos competentes, no pueden ser acreditadas por el "alumno", quien no las podrá incluir en su *curriculum* ni obtener créditos de formación continuada. Quizá en un futuro existirá la posibilidad de acreditar algunas de estas iniciativas. Mientras tanto, nos tendremos que conformar con el conocimiento.

JUEVES 27 DE FEBRERO DE 2020

ERES LO QUE COMPARTES: SOY ENFERMER@

Martínez Barrios, Mely.
Hospital Fundación Jiménez Díaz.

En la actualidad Internet y el uso de las nuevas tecnologías de información y comunicación ejercen una fuerte influencia tanto a nivel social como personal y por supuesto que profesional. El uso de las redes sociales ha cambiado y, a su vez, mejorado la comunicación de los profesionales sanitarios, las diferentes organizaciones, los pacientes y el resto de las personas interesadas en el ámbito de la salud. A través de ellas podemos conseguir una comunicación globalizada, multidisciplinar y multidireccional, con pacientes y con otros profesionales.

Como profesionales sanitarios hemos de estar allí donde se encuentra la población en general y los pacientes en particular. En definitiva, hemos de estar allí donde se encuentran la PERSONAS. Hoy en día está más que demostrado que ellas están en Redes Sociales y nosotros hemos de estar ahí: Informando, formando y capacitando a las personas para cuidar su salud, utilizando todos los medios de los que disponemos. Si no estamos nosotros con nuestra formación y nuestros conocimientos otros ocuparán ese lugar y quizá no dispongan de la formación ni los conocimientos necesarios.

La incorporación y el uso de las redes sociales en el trabajo diario contribuye y ayuda a facilitar respuestas a la población y, sin duda, al desarrollo profesional gracias a la comunicación multidireccional con otros profesionales. Las redes sociales permiten a los profesionales y a las diferentes organizaciones, disminuir las barreras existentes a la hora de aplicar la Práctica Cínica Basada en Evidencia facilitando el acceso a la información y la actualización de conocimientos.

Ahora bien, estar en una red social como profesional sanitario va más allá de abrirse un perfil en cualquiera de ellas, por el contrario, hay que hacer un uso correcto y responsable de las mismas y dedicarles tiempo. Si bien es cierto que ponen a nuestro alcance infinidad de posibilidades que debemos aprovechar de manera responsable, también lo es que su uso no está exento de ciertos riesgos como por ejemplo el exceso de información o diferentes cuestiones éticas y legales. Cada red social tiene sus propias características y requiere un manejo diferente, de ahí la importancia de la formación, de aprender a gestionar contactos y a publicar contenidos de calidad, claros, fiables y basados en evidencia científica.

Si queremos avanzar, contribuir y participar en la mejora del sistema sanitario hemos de considerar las redes sociales como una importante herramienta más de nuestro trabajo diario. Es imprescindible la formación en competencias digitales, así como en el manejo de redes sociales. Estamos inmersos en un mundo donde las nuevas tecnologías de la información y comunicación están modificando ámbitos de nuestra vida social, personal y profesional de una manera irreversible. Es un cambio de paradigma en el que tanto los pacientes como los profesionales hemos de tomar partido y empoderarnos en el uso de esta importante y útil herramienta.

La implementación eficaz de la eSalud requiere un enfoque del cuidado centrado en el paciente, con profesionales de la salud convenientemente formados en nuevas tecnologías y que se sirven de ellas para compartir información y guiar al paciente en su autocuidado. En definitiva, hemos de aprender a buscar, filtrar y compartir la información para poder ofrecer una atención de calidad con cercanía y humanidad.

15.00 – 16.30 MR1: HERIDAS EN EDAD PEDIÁTRICA
Sala Zaragoza III-IV

TRAUMA Y HERIDAS OCULARES EN PEDIATRÍA

Moreno García-Rubio, Basilio.

Las dividimos en oculares y perioculares.

Heridas oculares:

Lo más importante en una primera evaluación es descartar heridas oculares: Explorar cuidadosamente el ojo, abriendo los párpados con suavidad.

Observar fundamentalmente si tiene tono a la vista y si hay sangre en la cámara anterior (Visible con linterna)

Heridas perioculares:

Heridas palpebrales:

A) Borde libre.
B) Afectación de la vía lagrimal.
C) P. Inferior: Afectación del Septum.
D) P. Superior: Afectación de aponeurosis elevador.
E) P. Superior: Glándula lagrimal.
F) Heridas complejas.

JUEVES 27 DE FEBRERO DE 2020

Borde libre:
Se reparan igual superior o inferior.
Sutura de colchonero en borde libre, dejando cabos largos para atar lejos y que no rocen la córnea.
Dos suturas internas de tarso.
Sutura de piel.
¡¡OJO!! No transfixiantes!! Especialmente en Psuperior por roce corneal.
Afectación de la vía lagrimal:
Se recomienda contactar con Oftalmología para realizar reparación.
Muy difícil de reparar en segundo tiempo.
Septum:
Sospechar si se observa hernia grasa.
No suturar profundamente. Nunca el septum.
Aumenta mucho el riesgo de retracción palpebral inf. Secundaria.
No dar puntos profundos sin tener la seguridad de dónde estamos.
Aponeurosis del elevador:
Plano profundo en párpado superior.
Retracción más grave.
No dar puntos profundos sin tener la seguridad de dónde estamos.
Glándula lagrimal.
Porción preseptal: Más segura. Poca iatrogenia.
Porción postseptal: Más riesgo de yatrogenia (celulitis orbitaria).
H. Complejas.
CONSEJOS
Borde libre: Lo más alineado posible. Repetir si no queda bien.
Septum o aponeurosis: Ante la sospecha, no suturar profundo.
Quitar la menor cantidad de tejido posible. Desbridar poco. (Párpado muy agradecido)
VL: Las obstrucciones canaliculares tienen difícil solución después. Derivar pronto.
Colgajos e injertos: Intentar evitar dentro de lo posible por peor resultado estético en niños.

HERIDAS COMPLEJAS EN EDAD PEDIÁTRICA

Laborde Uribeondo, Santiago.
Hospital Nacional De Pediatría Juan P. Garrahan.

Existen pacientes con heridas complejas pero también pacientes complejos con heridas, ambas situaciones requieren de la atención y el seguimiento por un equipo interdisciplinario especializado en el tratamiento de heridas. En esta presentación intentamos abarcar los factores que definen nuestra estrategia para el tratamiento de todo tipo de heridas independientemente de la etiología, basada en las fases de la cicatrización, con objetivos básicos y la utilización de múltiples procedimientos. Se presentarán una serie de casos de variada etiología en niños y neonatos. La importancia de los procedimientos quirúrgicos y alternativas complementarias como la presión negativa.

Heridas de diversas causas como las infecciosas, inmunológicas, tumorales, genéticas, por infiltración, traumáticas resultan frecuentes en un centro de atención de alta complejidad donde muchas veces se asocian a pacientes complejos con antecedentes o condiciones que alteran la cicatrización normal en tiempo y forma como los déficit nutricionales, inmunológicos o medicaciones crónicas como el uso de corticoides.

En estos casos el proceder quirúrgico tiene una importancia fundamental para lograr el cierre lo más precozmente posible, evitando la conversión a heridas crónicas y reduciendo la morbimortalidad en muchos de ellos.

DIFERENCIAS MEDICOQUIRÚRGICAS DE LOS REIMPLANTES DE MIEMBRO SUPERIOR EN EDAD PEDIÁTRICA

Ruiz Alonso, María Elena; Rivera Vegas, María Jesús; Martínez Núñez, Pablo; Astorga Veganzones, Rebeca.
H. Universitario de Burgos.

Los traumatismos de miembro superior que impliquen reimplante o revascularización son uno de los problemas más frecuentes con los que debe lidiar el cirujano de mano. Sin embargo, este tipo de lesiones en la edad pediátrica son poco frecuentes precisando, tanto por su rareza como por su peculiaridad quirúrgica y médica, el manejo por cirujanos altamente especializados en cirugía de mano y en el manejo infantil. No debemos olvidar tampoco que, a pesar de su baja incidencia, son el procedimiento microquirúrgico más frecuente en la edad pediátrica.

Presentamos nuestra experiencia de más de 30 años en el H. universitario de Burgos, primer centro nacional de reimplantes que se designó en España en 1990. Se realiza un breve repaso histórico y se describen las diferencias epidemiológicas durante la edad pediátrica respecto a los pacientes adultos. Se desarrolla detalladamente la técnica quirúrgica, haciendo hincapié en las diferencias durante el procedimiento en este grupo de edad, sobre todo en cuanto a la secuencia de reparación vascular que se realiza. Para finalizar, se explica la manera en la que realizamos el seguimiento durante la primera semana postoperatoria, así como los cuidados y tratamientos médicos postoperatorio que empleamos. Se insiste durante todo el proceso en aquellas condiciones que, a nuestro entender, mejoran tanto la calidad asistencial de paciente como el éxito quirúrgico.

Debido a las dificultades técnicas, mayor frecuencia de traumatismos contusos y a que se fuerzan más las indicaciones por las implicaciones emocionales en los reimplantes y revascularizaciones en pacientes pediátricos, los resultados vasculares van a ser peores. Sin embargo, con la mejora de los medios técnicos (microscopios, material de supramicrocirugía, suturas más finas …) se están obteniendo resultados en muchas series con un éxito cercano al del adulto. Además, gracias a su enorme plasticidad cerebral y a su gran adaptabilidad, la recuperación funcional y sensitiva va a ser mucho mejor; por lo que en estos pacientes, la indicación de reimplante/revascularización es absoluta en todos los casos.

Todo traumatismo conlleva una gran afectación, no solo funcional sino también emocional en el paciente y su entorno. En los niños el trauma emocional va a ser mucho mayor pudiendo llegar a repercutir no solo en el desarrollo de su imagen corporal, sino también en su desarrollo psicosocial y como individuo. Es fundamental por tanto, como ya hemos indicado, conocer las diferencias que tiene el tratamiento de estos pacientes, para tratar de optimizar nuestros resultados mejorando la funcionalidad y calidad de vida de nuestros pacientes y sus familias.

HERIDAS EN CUERO CABELLUDO: ESE DOLOR DE CABEZA

López Blanco, Eva.

Hospital Universitari I Politècnic La Fe.

Durante la infancia es relativamente frecuente enfrentarnos a heridas en cuero cabelludo, producidas por causa accidental o bien tras procedimientos quirúrgicos. Estas pueden afectar al plano cutáneo, óseo o incluso intracraneal.

Así mismo, es bien conocido que los niños tienen más incidencia de cicatrices hipertróficas y dehiscentes, lo que en el cuero cabelludo tendría como consecuencia zonas de alopecia de mayor o menor tamaño.

El objetivo de esta ponencia es abordar diferentes problemas que puedan afectar al cuero cabelludo: heridas, aplasia cutis, malformaciones vasculares, quemaduras, tumores benignos y malignos o infecciones; y las técnicas reconstructivas de las que disponemos para obtener el mejor resultado posible.

15.00 – 16.30 A1: CONSIDERACIONES PRÁCTICAS SOBRE EL INJERTO CUTÁNEO
Sala Zaragoza II

INJERTO CUTÁNEO EN QUEMADURAS

Salmerón González, Enrique.

Hospital Universitario la Fe Valencia.

El empleo de injertos de piel parcial y total en el tratamiento del paciente quemado supone la técnica de cobertura básica durante el proceso de desbridamiento. En este sentido, resulta esencial conocer qué tipo de quemaduras pueden precisar de la realización de estos procedimientos. Además, en algunos casos, se debe recurrir a técnicas de cobertura distintas o más complejas, porque exista exposición de estructuras neurovasculares, óseas, prótesis o daño en zonas cuya cicatrización pueda producir contracturas que limiten la movilidad de una articulación.

En esta ponencia, en primer lugar, se realizará una exposición de los aspectos más básicos del tratamiento de las quemaduras con injertos y sus detalles técnicos e indicaciones. A continuación, se expondrá una revisión realizada en la bibliografía existente para profundizar en aspectos más complejos en relación al manejo postoperatorio, técnicas de optimización del prendimiento de los injertos, etcétera.

JUEVES 27 DE FEBRERO DE 2020

OPCIONES DE COBERTURA PARA LAS UPPS

Garrigós Sancristobal, Xènia.
Consorci Sanitari De Terrassa.

Aunque esta mesa esté dedicada a los injertos cutáneos, la verdad es que éstos tienen poca aplicación en el mundo de las UPPs. Su uso se ve limitado como cobertura temporal en caso que se precise un cierre rápido de la úlcera y el paciente no esté en condiciones de soportar una cirugía más agresiva, y en ocasiones, también para el cierre de UPPs en talones, si las condiciones generales de vascularización y patologías de base del paciente no permiten otras alternativas. En verdad, lo que si resulta de utilidad para el cierre quirúrgico de las UPPs son los colgajos, por lo que nos centraremos hacer un breve repaso de los colgajos más utilizados según la localización de las UPPs, así como sus indicaciones: Colgajos de glúteo mayor o de isquiotibiales para UPPs isquiáticas, colgajos tipo limberg o de glúteo mayor para las sacras, o el colgajo de músculo tensor de la fascia lata para las trocantéreas. Finalmente, abriremos la puerta a otra clase de injertos que sí están resultando ser de utilidad en el tratamiento de las UPPs: los injertos de grasa autóloga.

INJERTOS DE SELLO EN PACIENTES ISQUÉMICOS. NUESTRA EXPERIENCIA

Álvarez Rodríguez, Lorenzo R.; Hinojosa Caballero, Dolores; Torres Subires, Antonia; Yeste Campos, Montserrat; De La Torre Morán, Antonio; Ibáñez Pallares, Sara.
[1]*Hospital De Terrassa – Consorci Sanitari De Terrassa, Terrassa.*

Presentamos nuestra experiencia con los injertos dermo epidérmicos o injertos de sello en una serie de pacientes con lesiones de etiología isquémica. Este tipo de injertos supone un procedimiento ambulatorio, sencillo, económico y con un destacado efecto analgésico en heridas dolorosas. Es una técnica bien aceptada por los pacientes y que permite su repetición sin morbilidad asociada. La revascularización es la técnica necesaria para conseguir con correcto flujo sanguíneo y la cicatrización de las lesiones, siendo el injerto un procedimiento que mejora la evolución local de la herida. En pacientes no revascularizables por elevada morbilidad, el injerto ha supuesto una alternativa a los tratamientos convencionales en este grupo de pacientes, mejorando en la mayoría de casos la evolución de la lesión y en los requerimientos analgésicos.

15.00 – 16.00 A2: FRAGILIDAD DEL PACIENTE ANCIANO
Sala Zaragoza I

LA DISFAGIA EN EL ANCIANO

Gete García, María Pilar.
Hospital Universitario Infanta Leonor.

La Disfagia Orofaríngea (DOF) es una condición poco conocida a pesar de su elevada prevalencia, siendo reconocida por la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud ICD-9 e ICD-10 (787.2, R13). Se define como la alteración en la deglución durante el transporte del bolo desde la boca al esófago.

Se estima que para el año 2050, el 25% de la población en los países desarrollados, serán mayores de 65 años. La DOF afecta hasta el 13% de los mayores de 65 años, aumentando al 51% en personas mayores institucionalizadas.

Se denomina presbifagia a los cambios que ocurren en la deglución en los pacientes ancianos sanos. Entre estos cambios destaca la pérdida de masa muscular y de función, la disminución en la elasticidad de los tejidos, los cambios en la columna cervical, en la producción de saliva, en la dentición, en la masticación, y la disminución en la capacidad de compensación del cerebro.

Todas estas alteraciones hacen muy fácil que el anciano pase de la presbifagia a la disfagia. Hay distintos factores que contribuyen como la sarcopenia, la xerostomía, las alteraciones orales y maxilofaciales, la medicación y las enfermedades neuromusculares como el ictus, la enfermedad de Alzheimer, la demencia o la enfermedad de Parkinson.

La disfagia es un síntoma poco conocido a pesar de su enorme impacto en la capacidad funcional, y las personas mayores lo achacan al proceso natural de envejecimiento. Afecta a la salud y la calidad de vida de los pacientes que la padecen. La severidad de la DOF puede variar desde una dificultad moderada hasta la total imposibilidad para la deglución y puede originar dos grupos de complicaciones: por alteración de la eficacia, puede presentar desnutrición y/o malnutrición; y por alteración de la seguridad, aspiraciones traqueo-bronquiales que pueden ocasionar neumonías aspirativas. Sin el tratamiento apropiado, la DOF produce complicaciones respiratorias y nutricionales que ocasionan un aumento de las estancias hospitalarias y del número de readmisiones, así como un aumento de la morbilidad y la mortalidad. Es por tanto necesario el cribado de disfagia en todos los ancianos hospitalizados.

Hay distintas herramientas de cribado: cuestionarios como el EAT-10 y otros más específicos como el método de evaluación clínica volúmen viscosidad (mecv-v) que permiten adecuar la dieta del paciente pare evitar aspiraciones. En todo paciente con un cribado positivo debería realizarse un estudio instrumental, bien sea mediante una videoendoscopia de deglución o una videofluoroscopia, para poder realizar las modificaciones dietéticas oportunas, evitar la aspiración y rehabilitar al enfermo si es posible. En enfermos ancianos hospitalizados con disfagia se ha descrito como estrategia coste efectiva la intervención mínimamente masiva, que consiste en adecuar la dieta mediante el mecv-v, realizar un MNA para adecuar una dieta hipercalórica e hiperproteica y optimizar la higiene bucal.

DISFAGIA Y DESNUTRICIÓN ¿DE QUÉ MANERA NOS AFECTA?

Pita Pita, Meizoso.

Hospital Universitario Infanta Leonor.

La desnutrición relacionada con la enfermedad sigue siendo hoy en día un problema infradiagnosticado e infratratado que se relaciona negativamente con el desarrollo de diferentes enfermedades, así como con el aumento del gasto sanitario. Con el paso de los años y el aumento de publicaciones al respecto, cada vez se le da más importancia al estado nutricional y a su relación con el curso de diferentes enfermedades, aumento de comorbilidades y tiempo de hospitalización. En esta ponencia mi intención es contextualizar la situación actual de desnutrición, hablar de la importancia de la desnutrición en nuestro medio. Explicar diferentes test de screening, así como herramientas para poder diagnosticarla a tiempo (hablando de los criterios GLIM), así como los tratamientos que existen para poder combatirla (Suplementos nutricionales orales, nutrición enteral por sonda y nutrición parenteral), centrándonos sobre todo en el caso de pacientes con heridas. Se hablará de la importancia de diferentes macro y micronutrientes en el proceso de la cicatrización, para finalizar con unas conclusiones al respecto que apoyan la importancia de realizar un screening nutricional a todo paciente hospitalizado y/o con factores de riesgo de desarrollar desnutrición, para así iniciar cuanto antes una terapia nutricional y mejorar la evolución de nuestros pacientes.

¿QUÉ ES ESO DEL ANCIANO FRÁGIL?

Pereira De Castro Juez, Nieves.

Hospital Universitario de Burgos.

El fenómeno del envejecimiento de la población es un hecho de gran trascendencia social, fruto de los éxitos económicos, sociales y sanitarios, lo cual está conllevando a una geriatrización de la Medicina. Cada vez el número de ancianos son mayores, pero no todos ellos son iguales.

A través de una herramienta, la Valoración Geriátrica Integral (VGI), que incluye 4 apartados: la Valoración Clínica con los Síndromes Geriátricos, la Valoración Funcional, La Valoración Mental y la Valoración Social, nos ayuda a valorar y clasificar a los ancianos en 5 tipos: Anciano Sano, Anciano Enfermo, Anciano Frágil, Paciente Geriátrico y Anciano terminal.

El ANCIANO FRÁGIL es una persona de edad avanzada que por condiciones médicas, mentales o sociales se encuentra en una situación de equilibrio inestable. Presenta una disminución de las reservas fisiológicas y una mayor vulnerabilidad ante cualquier proceso intercurrente, presentando una mayor probabilidad de presentar episodios adversos de salud y pérdida de función, discapacidad o dependencia. Por todo ello, es un estado de PREDISCAPACIDAD, siendo primordial la detección precoz de dichos ancianos.

La identificación del Anciano Frágil se realiza mediante la detección de ancianos con factores de riesgo y con pérdida de funcionalidad incipiente, a través de la Valoración Geriátrica Integral y mediante Tests de ejecución de la marcha, equilibrio y movilidad. Se deben fomentar las Actividades Preventivas como la actividad física, el soporte nutricional, el adecuado abordaje de los Síndromes Geriátricos, la revisión de la medicación y promover un adecuado soporte social.

Por todo ello, la atención al anciano debe ser: Integral, Progresiva, Continuada y Coordinada.

¿QUE HACEMOS CON EL ANCIANO FRÁGIL?

Cabrejas Mayordomo, Josefa Mª[1]; Muñoz Garrido, María Del Pilar[2].

[1]C.S. de Salas de los Infantes; [2]C.S Aranda Norte.

INTRODUCCIÓN

Es tan importante reconocer al anciano frágil como prevenir ese cambio a paciente geriátrico. Por ello debemos incidir

en la prevención siendo la base de ésta la Educación para la Salud (EpS): nutrición, ejercicio, control de medicación y derivación a servicios sociales.

La Atención Primaria de Salud (APS), está formada por un equipo multidisciplinar: personal sanitario, farmacéuticos, trabajadores sociales, fisioterapeutas…

En nuestro caso (el medio rural), la accesibilidad a los diferentes servicios en muchas ocasiones es dificultosa, por lo que los profesionales son los que se desplazan, incluso, al propio domicilio del paciente. En un estudio realizado en el C.S. de Salas de los Infantes (Burgos) de las 142 personas con las que se contactó para incluirlas en el mismo sólo 43 participaron (30,28 %), por motivos varios.

OBJETIVOS

Realizar un diagnóstico precoz del anciano frágil mediante test validados, evitando o retrasando el paso a paciente geriátrico mediante nuestra actuación.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica y, a través de escalas de fragilidad, se ha diagnosticado al anciano frágil. Una vez realizado esto, se llevan a cabo consultas periódicas de EpS en un centro de carácter rural, las cuales se verán reflejadas a lo largo del trabajo.

CONCLUSIONES

Una vez reconocido el anciano frágil, se realiza la EpS en consulta de enfermería reevaluando los resultados.

PALABRAS CLAVES

Anciano frágil, centro rural, EpS, paciente geriátrico.

15.00 – 16.30 T1: PROCEDIMIENTO DE REALIZACIÓN DEL ITB
Sala Tenerife I

PROCEDIMIENTOS DE REALIZACIÓN DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO

Fernández Casado, José Luis.

Hospital Universitario De Getafe.

La arteriosclerosis es una enfermedad que afecta a múltiples zonas del organismo, entre ellas destacan a nivel cardiaco (cardiopatía isquémica), cerebral (accidente cerebrovascular agudo) y miembros inferiores (enfermedad arterial periférica).

Centrándonos a nivel de la enfermedad arterial periférica, su presentación clínica puede ser asintomática, en forma de claudicación intermitente y como isquemia crítica.

La claudicación intermitente consiste en la aparición de un dolor de tipo isquémico en las piernas tras deambular cierta distancia, que puede obligar incluso a detener la marcha. Según la zona arterial obstruida el dolor puede localizarse a nivel glúteo, gemelar o en el pie. La isquemia crítica se define como el dolor de reposo, úlceras o gangrena por isquemia crónica, atribuibles a una enfermedad arterial oclusiva, demostrada por métodos objetivos.

El diagnóstico precoz de esta enfermedad en muy importante ya que los pacientes con claudicación sufrirán una amputación entre el 1% y el 3% de los casos al cabo de un periodo de 5 años. Antes de 10 años el 43% desarrollará una cardiopatía coronaria, el 21% sufrirá un ictus, el 24% sufrirá una insuficiencia cardíaca y morirán hasta el 60% de estos individuos. La claudicación intermitente reduce 10 años la esperanza de vida.

La prueba diagnóstica inicial de la enfermedad arterial periférica es la realización del índice tobillo/brazo, que consiste en tomar la presión a nivel del tobillo y del brazo utilizando un sonda doppler.

El diagnóstico precoz nos da la oportunidad de corregir los factores de riesgo y pautar tratamiento para conseguir mejorar de forma significativa la supervivencia de los pacientes afectados por la ateroesclerosis.

En el taller se enseñará de forma práctica a los participantes a realizar el índice tobillo/brazo.

15.00 – 16.30 T2: LINFEDEMA & LIPEDEMA
Sala Las Palmas I

TALLER LINFEDEMA & LIPEDEMA

Robledo Do Nascimiento, Yolanda; Alba Moratilla, Carmen.

Hospital Universitario del Henares, Universidad Europea, Centro de Investigación Fisioterapia y Dolor.

El sistema linfático está compuesto, por un lado, por órganos linfáticos, los cuales son una parte del sistema defensivo del organismo y pueden reconocer y atacar a agentes extraños, agentes patógenos, células malignas, etc. Por otro lado, por vasos linfáticos que son los responsables de la formación y del transporte de linfa hasta el sistema venoso. Concretamente, en el ángulo venoso formado por la vena yugular interna y la vena subclavia. El sistema linfático se puede clasificar, según su localización en: superficial, que corresponde con la piel, y profundo.

El sistema linfático está estrechamente relacionado con el mantenimiento de la homeostasis. Las funciones que principalmente se le atribuyen son de drenaje y transporte de aquellas sustancias que tienen que ser evacuadas por dicho sistema del intersticio celular, para alcanzar así el sistema circulatorio sanguíneo.

Los vasos linfáticos se clasifican según su calibre en: vasos linfáticos iniciales, precolectores, colectores, troncos y conductos. Por medio de comunicaciones entre vasos linfáticos que atraviesan la fascia y reciben el nombre de perforantes, comunican el compartimento superficial con el profundo. Intercalados en el recorrido de los vasos linfáticos, se encuentran los ganglios linfáticos, van a agruparse en las ingles, axilas, cuello y región intestinal; cuya función principal es la de filtro biológico, aunque en realidad su función es múltiple.

La linfa deriva del líquido intersticial, por lo tanto, su composición está determinada por la composición del líquido intersticial que penetra en el sistema linfático. Cuando se produce un daño del sistema linfático, la capacidad de transporte del sistema linfático se altera y no va a poder absorber ni transportar el líquido que se va producir en valores normales desde el capilar sanguíneo, acumulándose líquido y macromoléculas en el espacio intersticial. Al edema que se produce por este mecanismo, se denomina linfedema.

A nivel mundial se estima que hay 270.000 de personas afectadas de linfedema. La incidencia en España se estima que es de 1.672.00 afectados, ocupando el sexto lugar de 29 países.

El tratamiento descrito más efectivo para el linfedema es la terapia descongestiva combinada (TDC). Se compone de cuatro terapias: drenaje linfático manual (DLM), compresión (mediante vendaje multicapa o prenda de compresión), ejercicios/cinesiterapia descongestiva y cuidados de la piel. Se han descrito otras técnicas como complemento a la TDC con efectividad, como son la presoterapia, el láser de baja intensidad y Kinesio® Taping (KT). Estas otras terapias no se realizan como técnicas aisladas, sino que se aplican integradas en la TDC. Respecto a un tratamiento nutricional, no hay ninguna dieta que mejore el linfedema. Tampoco a nivel farmacológico, no es susceptible del tratamiento con diuréticos.

En el taller se abordará otra entidad a tener en cuenta, el lipedema. Debido a que es una patología que se estima que la padecen el 11% de personas, afectando sobre todo a mujeres y que está reconocida por la OMS como enfermedad. Es necesario conocer sus características principales para poder hacer un diagnóstico diferencial con el linfedema. Además, otro punto importante a tratar en el taller será la terapia de compresión de las dos entidades, linfedema y lipedema, puesto que una compresión adecuada es fundamental para el tratamiento y mantenimiento de las extremidades afectadas. Se hará hincapié en los distintos materiales de vendaje para realizar un vendaje multicapa, sus características y cuáles son sus indicaciones.

18.00 – 19.30 MR2: ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO Y DE BAJA EXIGENCIA EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS ASOCIADAS AL USO DE DROGAS INYECTADAS
Sala Zaragoza III-IV

MANEJO INTEGRAL Y MULTIDISCIPLINARIO DE HERIDAS ASOCIADAS AL USO DE DROGAS INYECTADAS

Valencia, Jorge.

Unidad mobil de reducción del daño SMASD; Subdirección de Asistencia en Adicciones; SERMAS.

Aspectos a tratar:

Situación de la problemática de drogas y enfoque de reducción del daño.

Susceptibilidad a infecciones de piel y partes blandas e infecciones virales.

Porque las adicciones a drogas inyectadas son un problema para el diagnóstico y seguimiento de infecciones de piel y partes blandas.

Diagnostico extrahospitalario de infecciones de piel y partes blandas.

Infecciones severas de piel y partes blandas que requieren ingreso hospitalario

Patologías crónicas y manejo extrahospitalario de heridas asociada al uso de drogas inyectadas y su seguimiento.

Retratamientos, recidivas, nuevas infecciones: enfoque multidisciplinar en reducción del daño.

Colaboración hospitalaria y estrategias de éxito en infecciones de piel y partes blandas.

Experiencia de la unidad de reducción del daño SMASD.

JUEVES 27 DE FEBRERO DE 2020

TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE LAS HERIDAS E INFECCIONES DE PARTES BLANDAS EN CONSUMIDORES DE DROGAS POR VÍA PARENTERAL

Cuevas Tascón, Guillermo; Ryan Murua, Pablo.

Hospital Universitario Infanta Leonor.

El consumo de drogas por vía parenteral tiene múltiples efectos adversos sobre la salud bien conocidos, incluyendo sobredosis, síndrome de abstinencia, insuficiencia venosa crónica, hepatitis virales, VIH, endocarditis e infecciones de la piel y tejidos blandos (IPTBs).

La relevancia de las IPTBs radica en que son particularmente comunes en esta población, constituyendo la causa más frecuente de visitas al Departamento de Urgencias, hospitalización y necesidad de procedimientos quirúrgicos, sin olvidar la morbi-mortalidad que llevan asociada, pues estas infecciones son dolorosas para los pacientes, pueden progresar a infecciones más graves que amenacen la vida, o dejar serias secuelas (sobre la integridad de las extremidades).

Los factores asociados y predictores de ingreso hospitalario son:

1. Historial de contactos previos con el sistema sanitario (múltiples asistencias, hospitalizaciones, etc.), así como barreras para su acceso (situación irregular, ausencia de Atención Primaria, etc.).
2. Historia de hábitos tóxicos: consumo prolongado (>30 años de ADVP), mezcla con cocaína y otras, alcohol, no adherencia a programas de intercambio de jeringuillas y parafernalia, etc.
3. Marginalidad y características sociodemográficas: alojamiento inestable, albergues, asentamiento de chabolas o situación de calle, reclusión reciente, ausencia de pareja o apoyos familiares, ausencia de estudios, etc.

Todos ellos condicionan un retardo en la asistencia sanitaria, y junto con una situación basal más deteriorada, con gran comorbilidad, patología psiquiátrica, etc, favorece el desarrollo de infecciones más graves y por ende mayor tasa de ingreso hospitalario.

Las bacterias que causan las IPTBs se introducen desde la flora comensal de la piel y la cavidad oral, así como desde la propia droga contaminada, las jeringuillas y la parafernalia para las inyecciones. La etiología dominante es la de los estafilococos y los estreptococos. Algunos estudios, principalmente de Estados Unidos, han mostrado una alta incidencia Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM), pero esto no se ha reproducido en estudios europeos (fundamentalmente de Europa del Norte) (como tampoco parece observarse en los registros en nuestro medio HUIL).

Otros gérmenes identificados incluyen *Pseudomonas aeruginosa, distintos Clostridios, Pasteurella multocida* y *Capnocytophaga canimorsus (en mordeduras de animales), tuberculosis, etc.*

Los distintos tipos de infecciones serían:

- Celulitis y erisipelas (por edema por insuficiencia venosa o infección del punto de inyección).
- Infección de úlceras previas (la mayoría venosas por insuficiencia por esclerosis venosa).
- Abscesos.
- Infecciones necrotizantes.
- Osteomielitis (*).

El manejo hospitalario de las IPTBs en los usuarios de drogas debe comenzar con el reconocimiento del uso de drogas y sus condiciones coexistentes asociadas, abordando dentro de la estrategia de tratamiento el manejo de la abstinencia, facilitar la adherencia al tratamiento, y las dificultades del acceso intravenoso.

Desde el ingreso por Urgencias, el tratamiento hospitalario debe plantearse de forma multidisciplinar, requiriendo colaboración entre distintos Servicios quirúrgicos para un abordaje precoz si precisa (drenaje de abscesos, resección de tejidos necróticos, etc), Medicina Interna (a cargo generalmente de estos pacientes), Infecciosas y Microbiología, estableciendo la antibioterapia empírica inicial (atendiendo a los brotes locales y perfiles de resistencia bacteriana), con ajuste posterior, y con una enfermería entrenada (en las curas) y peculiaridades de estos pacientes. Para asegurar la adherencia al tratamiento es conveniente atender a los aspectos sociales (Trabajo Social) y facilitar la colaboración dentro del Hospital de los servicios de Reducción del Daño extrahospitalarios.

ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR Y DE BAJA EXIGENCIA EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS ASOCIADAS AL USO DE DROGAS INYECTADAS

Galindo Carlos, Amparo.

Hospital Infanta Leonor, Madrid.

La consulta de Heridas del Hospital Infanta Leonor tiene como objetivo brindar atención y accesibilidad al sistema sanitario a un grupo de población excluida y con un gran problema de estigma social.

Estos pacientes viven en condiciones infrahumanas, al mismo tiempo que acuden con lesiones de diversa envergadura, que añadidas a las condiciones de vida suponen un grave problema para su propia salud.

Desde un clima de respeto y empatía pretendo dar la mejor atención profesional a pacientes con lesiones complejas siempre en base a la mejor evidencia científica.

Con una comunicación ágil y directa con el equipo sanitario que les atiende a pié de calle, así como con el resto de equipos que formamos parte de ésta, tan necesaria red de apoyo.

EL IMPACTO SOCIAL DE LAS DROGAS

Cebrián Bonastre, Lucía.

Hospital Infanta Leonor.

La adicción a las drogas tiene consecuencias tanto sanitarias como sociales, familiares, laborales o judiciales que afectan tanto al paciente como a su entorno.

El Hospital Universitario Infanta Leonor, está ubicado en el distrito de Vallecas. Dentro del distrito se incluye el Sector VI de la Cañada Real Galiana, el asentamiento irregular más grande de Europa. Este asentamiento es relevante, no tanto por sus situaciones de pobreza extrema, sino por el consumo y compra/venta de droga que tienen lugar en la zona.

Al servicio de urgencias del Infanta Leonor, acuden muchos pacientes con alguna patología derivada del consumo de sustancias. El consumo de estupefacientes es, en muchos casos, la causa de reingresos en el hospital.

Es importante un enfoque global a través de equipos multidisciplinares de atención que conciba estas adicciones como un desajuste biopsicosocial. Y que garantice la coordinación entre todos los recursos asistenciales especializados y los recursos de la red de adicciones.

Las funciones del trabajador social hospitalario, están destinadas a recabar todos los datos e información necesaria del paciente para poder realizar un diagnóstico social. Que se aportará al resto del equipo para poder realizar una evaluación multidimensional del paciente y el diseño de intervención a seguir.

El trabajador social hospitalario recaba todos los datos e información necesaria, relativa al paciente, para poder realizar un diagnóstico social. Este diagnóstico se aporta al resto del equipo para poder realizar una evaluación multidimensional del paciente; diseñar la intervención a seguir y derivar al recurso más adecuado.

18.00 – 19.30 A3: MANEJO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES CON HERIDAS
Sala Zaragoza II

SOPORTE NUTRICIONAL EN HERIDAS AGUDAS Y/O CRÓNICAS

Carmina Wanden-Berghe

Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital General Universitario de Alicante

Las heridas crónicas son las que no se curan en un conjunto ordenado de etapas y en un tiempo predecible (< 6 semanas). La mayoría se pueden clasificar en tres tipos principales: úlceras por presión, úlceras vasculares y úlceras diabéticas.

La incidencia es muy variable según las series consultadas, el tipo de población estudiada y la causa primaria que la ocasionó, en la población podemos encontrar el 0,78% y la prevalencia varía de 0,18 a 0,32%.

El estado nutricional es muy importante en estos pacientes ya que la desnutrición aumenta el riesgo de complicaciones asociadas con las heridas. El aporte de determinados nutrientes en forma de suplementos, modulo, etc. aceleran la respuesta en la cicatrización y la suplementación nutricional, con independencia de los micronutrientes empleados, disminuye el riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes de riesgo.

En los pacientes con heridas cronicas están aumentados los requerimientos proteicos, se recomienda 1,2 a 1,5 g de proteína/ kg de peso ideal/día, estas actúan en todas las fases de la cicatrización;

Fase de coagulación con la formación de puentes de fibrina.

Fase inflamatoria con la generación de las proteínas pro inflamatorias, mediadores celulares y aumento del catabolismo local.

Fase proliferativa con la angiogénesis, activación de los fibroblastos, formación de colágeno, formación de elastina, sustancia fundamental.

Algunos aminoácidos como la Arginina se ha comprobado que mejora la función inmune y la producción de óxido nítrico, acelera la cicatrización aumentando el contenido de hidroxiprolina y la fuerza tensil en las heridas. Para mejorar el depósito de colágeno en las heridas habría que dar entre 17 y 24 g/ día.

La Glutamina es donante de nitrógeno para la síntesis de otros aminoácidos. En la cicatrización es parte crítica para la síntesis de nucleótidos en las células, incluyendo los fibroblastos, las células epiteliales y los macrófagos.

La Lisina, Prolina y Metionina estimulan la proliferación de los fibroblastos contribuyen a la curación como precursores de colágeno.

Nucleótidos (AMP, ADP y ATP), son compuestos derivados de la purina o de la pirimidina que promueven la síntesis de DNA y RNA, y mejora actividad de macrófagos.

Los hidratos de Carbono deben aportarse en el 55 y 60% del volumen calórico total, teniendo en cuenta que el aporte de hidratos de carbono complejos sea muy alto porque hay que aportar calorías a los pacientes para evitar el consumo de proteínas endógenas. Los hidratos de carbono de absorción lenta permite que la glucemia no sea tan elevada y no se produzcan fenómenos de glicosilación proteica que empeoran el trasporte de vitamina C al interior de las células e inhiben la proliferación de fibroblastos, produciendo un empeoramiento en la cicatrización de las heridas.

En cuanto a los lípidos deben formar el 20-25% del aporte calórico total, ayudan a generar un balance energético adecuado. Son importantes en los procesos de cicatrización al vehicular ácidos grasos esenciales como el linoleico y linolénico, son componentes fundamentales de las membranas celulares, en una situación de alto recambio tisular como es la cicatrización de una úlcera. Los ácidos grasos omega 3; alfa-linolénico (ALA), ácido eicosapentaenoico (EPA) y ácido docosahexaenoico (DHA)presentan fenómenos antinflamatorios, inmunomoduladores y vasodilatadores, importantes para los procesos de cicatrización.

Y aunque carente de calorías, no podemos olvidar el agua, tiene múltiples funciones; dentro de ellas está la de mantener la turgencia de la piel, promover la eficiencia circulatoria y mantener la homeostasis, entre otras. La recomendación es de 1 ml por kcal o 30 ml/kg/día, considerando que el requerimiento de agua estipulado por el Institute of Medicine of the National Academies es de 2,5 l/día.

CONCLUSIONES

Hay que cuidar de que el paciente esté bien nutrido. Con un óptimo aporte proteico. Evitar los azucares, dar hidratos de carbono de absorción lenta. Aportar aceite de pescado o ácidos grasos omega 3. La evidencia científica existente apoya realizar intervenciones nutricionales para mantener un óptimo estado nutricional aportando la energía y proteínas suficientes para que no existan déficits.

CRIBADO NUTRICIONAL EN EL MANEJO DE LAS HERIDAS

Moreno Castilla, Cristina.

Hospital Universitario Arnau de Vilanova (Lleida).

Los pacientes con heridas, como muchos otros, es posible que tengan desnutrición, situación clínica provocada por un déficit de nutrientes ya sea por ingesta inadecuada, por aumento de las pérdidas o bien por aumento de los requerimientos de estos. En la también llamada malnutrición se producen cambios en la composición corporal que afectan negativamente la función de los tejidos y órganos y repercuten negativamente en la evolución clínica.

Desgraciadamente, hay una infradetección e infravaloración por parte del personal sanitario. Por todo ello es necesario realizar un procedimiento estandarizado que permita identificar a las personas desnutridas o con riesgo de desnutrición que se pueden beneficiar de un apropiado tratamiento nutricional. Dicho procedimiento no es otra cosa que el cribado nutricional, un método que debe ser válido, fiable, reproducible, práctico y que debe estar asociado a protocolos específicos de actuación.

Existen numerosos métodos de cribaje nutricional. Los más utilizados, conocidos por sus siglas en inglés, son: NRS 2002, MST, MUST, SNAQ y MNA. La elección del método viene dada por el ámbito en que se aplique (hospital, comunidad o residencia geriátrica) y la edad del paciente (adulto o anciano), entre otros. No hay un método específico para pacientes con heridas.

No obstante, el cribaje de desnutrición aislado carece de sentido. En caso de que este resule negativo, debe repetirse periódicamente y, en caso positivo, confirmar el diagnóstico de desnutrición, clasificarla y tratarla. Idealmente, debería haber un equipo multidisciplinar donde el personal de enfermería es el personal sanitario idóneo para realizar el cribrado y el equipo de nutrición (dietista-nutricionista y especialista en endocrinología y nutrición) el encargado de actuar en caso de riesgo nutricional o desnutrición ya instaurada.

PAPEL DE LOS OLIGOELEMENTOS EN LA CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS

Pérez Doménech, Marta.

Nutricia medical nutrition y Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

La desnutrición influye tanto en la prevención como en el tratamiento de las heridas, siendo además la desnutrición el

factor que más fuertemente se asocia a la aparición de una UPP. Una correcta nutrición es primordial para este tipo de pacientes y, en muchos casos, es la gran olvidada. Para ello, conoceremos acerca del papel de los oligoelementos en la correcta cicatrización de las heridas, entre los que encontramos aminoácidos como arginina y glutamina, vitaminas y minerales, así como el efecto sinérgico de algunos de ellos. Además, conoceremos el plan de actuación nutricional hospitalario, lo que nos permitirá adecuar la dieta del paciente a su requerimiento necesario dependiendo de la cantidad de su ingesta y la funcionalidad del aparato digestivo del mismo.

18.00 – 19.30 A4: PREGUNTA AL EXPERTO JURÍDICO: COMPETENCIAS, RESPONSABILIDAD, PROTOCOLOS Y DIRECCIÓN EN LOS CUIDADOS DE LAS HERIDAS
Sala Zaragoza I

LA LEY UNA BUENA COMPAÑERA EN EL CUIDADO DE LAS HERIDAS

Antequera Vinagre, José María.

Derecho Sanitario y Bioética en la Escuela Nacional de Sanidad (Instituto de Salud Carlos III).

RESUMEN DE LA PONENCIA.

El contenido de esta ponencia tiene una entidad básicamente práctica y dinámica; en base a las preguntas que se planteen por los asistentes se responderá en base a argumentación jurídico-profesional enfermera.

Se abordará la necesaria unión entre el concepto de dirección de los cuidados de enfermería en los cuidados de enfermería, sus competencias en el contexto asistencial, su responsabilidad profesional-jurídica y la relevancia de los protocolos asistenciales.

Muchas son las dudas legales que surgen en el ámbito de los cuidados de las heridas, pues es un área de gran desarrollo autónomo de las competencias enfermeras. A través de la ponencia, bajo el formato de PREGUNTA AL EXPERTO JURÍDICO, se abordarán algunos temas jurídicos de gran relevancia:

1. Sobre la autonomía profesional (dirección y prestación de los cuidados) en los cuidados de heridas y su desarrollo en un marco de trabajo en equipo.
2. Sobre la necesidad de incorporar los derechos de los pacientes en todos los procesos asistenciales, y el más relevante sin duda es el derecho de información y el consentimiento informado.
3. Sobre la potestad de administración y uso de medicamentos en los protocolos y actuaciones profesionales del cuidado de heridas.
4. Sobre la importancia del respeto del derecho a la intimidad y a la confidencialidad de los datos que se incorporan a la historia y documentación clínica.
5. Sobre el concepto de responsabilidad jurídica (penal, patrimonial, disciplinaria, etc) en el cuidado de heridas. Siendo especialmente relevante la denominada responsabilidad jurídica en equipo.
6. Sobre las competencias del equipo (médico, enfermera, tcae, etc) y la falsamente denominada “delegación de tareas” por la enfermera.
7. Sobre la responsabilidad institucional por fallo en los protocolos asistenciales en las UPP (¿fallo institucional o fallo de la enfermera?).

En definitiva, un marco de reflexión que partiendo del marco jurídico general se descenderá a las dudas jurídicas de carácter diario, que se plantean en las unidades y servicios de enfermería, y que vinculan con los cuidados de las heridas.

VIERNES 28 DE FEBRERO DE 2020

09.00 – 10.00 MR3: DERMATOLOGÍA: HERIDAS ATÍPICAS
Sala Zaragoza III-IV

HERIDAS ATÍPICAS

Conde Montero, Elena
Hospital Universitario Infanta Leonor

La prevalencia de heridas atípicas se ha calculado de hasta un 10%, entendiendo por éstas aquellas heridas que no pueden encuadrarse en los mecanismos fisiopatológicos clásicos primarios: venosas, arteriales, úlceras por presión o pie diabético.

Bajo el término “heridas atípicas” se engloba un conjunto de heridas de muy diversas etiologías (pioderma gangrenoso, vasculitis, vasculopatías, heridas tumorales,...). A la baja prevalencia de cada una de ellas por separado, se suma la dificultad para reconocerlas que a veces presentan, lo cual hace que su diagnóstico correcto y precoz sea un reto.

En esta sesión se van a repasar de forma práctica, a propósito de casos reales, las causas de heridas atípicas más habituales en la práctica clínica. El objetivo principal es que los asistentes sean capaces de reconocer los diferentes cuadros clínicos y tengan las herramientas para realizar un diagnóstico precoz y un manejo terapéutico adecuado. Como introducción a los casos, se presentará el documento de Heridas Atípicas de la EWMA.

La sesión será impartida desde un punto de vista multidisciplinar, que enriquezca a los distintos profesionales sanitarios que participan en el cuidado de los pacientes con heridas. Incluirá al final de la misma unos trucos de tratamiento que podemos usar en estos casos de heridas menos frecuentes, con un enfoque muy práctico para los profesionales de enfermería.

09.00 – 10.30 A5: ÚLCERAS EN EXTREMIDADES INFERIORES POR CAUSAS INFRECUENTES
Sala Zaragoza II

ÚLCERAS EN EXTREMIDADES INFERIORES POR CAUSAS INFRECUENTES

Fornes Pujalte, Begoña[1]; Palomar Llatas, Federico[2]; Zamora Ortiz, Jorge[2].
[1]Hospital General de Valencia; [2]Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas. Consorcio Hospital General Uni.

El tratamiento incorrecto de las úlceras de las piernas supone un problema que implica un alto coste económico para el sistema sanitario y una elevada carga para el paciente y el profesional que lo atiende.

El diagnóstico de la etiología o causa subyacente es fundamental para iniciar un tratamiento preciso que facilitará la cicatrización.

Aunque los trastornos vasculares son la principal causa de las úlceras de las piernas, hay otras etiologías que deberían ser consideradas cuando la úlcera no responde al tratamiento correcto. Estas etiologías engloban un grupo de entidades que denominamos úlceras atípicas y son el 5% de las úlceras en las piernas debidas a causas inusuales.

Sospecharemos de úlcera atípica si:

- No responde a los tratamientos.
- Presenta dolor desproporcionado al tamaño de la herida.
- No se cura en un plazo de 4 a 12 semanas con un tratamiento adecuado.
- Tiene una apariencia distinta a la de una herida crónica común.

OBJETIVOS

- Mostrar los tipos de úlceras infrecuentes que son incurables o difíciles de cicatrizar.
  - Causas genéticas.
  - Causa metabólica.
  - Causa tumoral.
- Mostrar los signos que se identifican en el proceso diagnóstico y pruebas complementarias que permiten formular un diagnóstico preciso.

CÓMO REALIZAR EL DIAGNÓSTICO DE LAS ÚLCERAS

El diagnóstico etiológico de las úlceras de la pierna es fundamentalmente clínico e incluye una valoración inicial y minuciosa de: Paciente, pierna y herida. Las exploraciones específicas incluyen biopsia y pruebas de laboratorio.

Presentamos tres casos de úlceras incurables que se incluyen entre los grupos de causas genéticas, metabólicas y tumorales.

ÚLCERAS EN EXTREMIDADES INFERIORES POR CAUSAS INFRECUENTES. PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO

Palomar Llatas, Federico.

Hospital General Universitario de Valencia. Universidad Católica de Valencia.

CÓMO REALIZAR EL DIAGNÓSTICO DE LAS ÚLCERAS

El diagnóstico etiológico de las úlceras de la pierna es fundamentalmente clínico e incluye una valoración inicial y minuciosa de: Paciente, pierna y herida. Las exploraciones específicas incluyen biopsia y pruebas de laboratorio.

Presentamos los casos de úlceras incurables que se incluyen entre los grupos de causas:

- Los signos de las lesiones cutáneas atípicas se caracterizan por **inflamación** y **necrosis.**
- La etiología puede ser muy variada: trastornos autoinmunes, infecciosos, vasculares, metabólicos, hematológicos, etc., y el diagnóstico puede ser a menudo una tarea difícil.

CASO

Mujer de 28 años, de 60 Kg, y una altura de 1'50m, sin patologías de interés, independiente de la familia (licenciada en derecho y económicas), sus padre sin antecedentes relevantes.

Viene a consulta por pequeños nódulos y lesión en pierna, evolución tórpida, difícil diagnóstico.

- Tratados los nódulos con inmunosupresores y esteroides.
- Tras largo periodo los nódulos eclosionan formando ulceración y es remitida a la unidad de úlceras para tratamiento tópico.
- Presenta tejido desvitalizado en el lecho, bordes inflamados y dolor a la palpación, se realizan curas tópicas según protocolo estandarizado en la unidad de úlceras.

No mejora e incluso aumenta de tamaño. Se le realizan varios tipos de tratamiento tópico sin resultados, encontrándose la paciente cada vez más baja de ánimo, tiene dolor y continúa trabajando.

- La madre nos solicita, ya que le han comentado una enfermera el ponerle en la herida la TPNt.
- No se le pone ya que se observa nódulos en el tejido de granulación y se realiza la primea biopsia *"paniculitis lobular compatible con un pioderma gangrenoso".*
- Se deriva a la unidad del dolor para pauta de analgesia.
- Tras la realización de la 5ª biopsias se confirma el diagnóstico de Linfoma de células T.
- Comienza tratamiento de quimioterapia.
- Comienza tratamiento de radioterapia sobre lesión tumoral.

CASO CLÍNICO: CARCINOMA VERRUCOSO EN UN PIE DIABÉTICO

Zamora Ortiz, Jorge[1]; Palomar Albert, David[2]; Martí Sampedro, Jesus[3]; Martin Valls, Inmaculada[4]; Diez Fornés, Paula[3]; Palomar Llatas, Federico[5]; Fornes Pujalte, Begoña[5].

[1]Consorcio Hospital General de Valencia; [2]Unidad de Úlceras y Heridas de la Clínica Universitaria de la UCV; [3]CHGUV; [4]CAP Valll D´Uixo 2; [5]CHGUV: Unidad de Úlceras.

INTRODUCCIÓN

Varón de 48 años de edad, sin reacciones alérgicas medicamentosas conocidas (NO RAM), DL, HTA, DM tipo II. Diagnosticado de artropatía de Charcot desde 2012. Ingresado en COT por OM de tarso en 2013. Remitido de CVA en agosto de 2014 a Unidad de Úlceras (CHGUV) con úlcera 1ª MTFl como Pie Diabético.

Valoración General de la lesión

Úlcera de 2 x 2.5 cm con borde hiperqueratósico + maceración perilesional

Intervenciones y actividades

- CAH.
- Desbridamiento cortante.
- Toma de cultivo y biopsias.
- Cirugía.

EVOLUCIÓN DEL CASO

En el siguiente mes, esta ulceración con fondo hiperplásico en planta de pie, a nivel de la cabeza del 1º meta presenta una evolución deficiente, con cambio en su morfología y aumento de tamaño, por lo que se decide realizar desbridamiento

cortante y tomar nuevas muestras para cultivo y para anatomía patológica tanto del centro de la lesión como del borde de la misma con el diagnóstico de Hipeplasia pseudoepiteliomatosa. Pese a cambiar el tratamiento tópico siempre basado en los principios de la CAH, su evolución fue tórpida. A los 3 meses realiza una 2ª biopsia escisional, llegando a un diagnóstico de Carcinoma Verrucoso debido a la atipia celular, decidiendo el Comité de Tumores tratamiento quirúrgico a cargo de Cirugía Plástica. A la semana se necrosa el colgajo por lo que se ha de reintervenir. A los 6 meses nos vuelven a remitir este paciente con una úlcera en la zona de intervención. Al mes de curas, vuelve a evolucionar desfavorablemente y se biopsia con el resultado de recidiva. Se decide ante la negativa del paciente, continuar con tto conservador y seguimiento por Unidad de Úlceras.

CONCLUSIONES

- La clínica del CV en el pie diabético es similar a las lesiones verrucosas de los pies con neuropatía diabética. Esto implica una dificultad diagnóstica.
- Se pueden requerir varias biopsias para su análisis y de una gran experiencia por parte del patólogo (Utilizar el análisis del p53 y ki-67 (positivos para el CV).
- Tratamiento: Cirugía controlada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Waskowska J, Koszowski R, Raczkowska-Siostrzonek A, Stemplewska K. Verrucous carcinoma of the tongue a rare case study Cent. Eur. J. Med. 2012; 7(2) 145-148.
2. Arantón Areosa L, Beaskoetxea Gómez P, Bermejo Martínez M, Capillas Pérez R, Cerame Pérez S, García Collado F, et al. Guía Práctica Ilustrada. Tratamiento de Heridas. Madrid:EDIMSA, 2008.
3. Kelishadi SS, Wirth GA, Evans GR. Recalcitrant Verrucous Lesion Verrucous Hyperplasia or Epithelioma Cuniculatum (Verrucous Carcinoma) J Am Podiatr Med Assoc. 2006; 96 (2):148-53.

09.00 – 10.30 A6 DEHISCENCIA DE LAS HERIDAS Y SU IMPACTO EN LA SALUD MENTAL Y SOCIAL DEL PACIENTE
Sala Zaragoza I

DEHISCENCIA DE LA HERIDA Y SU IMPACTO EN LA SALUD MENTAL Y SOCIAL EL PACIENTE

Cabañas Martínez, Arantxa[1]; Sánchez Vicente, José Manuel[2].

[1]Hospital General de Valencia; [2]Consorci Sanitari de Terrassa.

RESUMEN

Las complicaciones derivadas de las heridas quirúrgicas y traumáticas como las dehiscencias o evisceraciones aumentan las tasas de morbimortalidad en los pacientes que sufren esta problemática.

A pesar del avance de la cirugía y del nivel científico técnico del personal médico y de enfermería se requiere una evaluación profunda y temprana de los factores de riesgo que provocan estas situaciones.

Es imprescindible saber adoptar las medidas necesarias para que la incidencia de este problema disminuya ya que tiene grandes repercusiones económicas, biológicas y sociales.

OBJETIVO

Identificar cuáles son los factores de riesgo asociados a los pacientes que han desarrollado dehiscencias en los centros de Atención Primaria del Consorci Sanitari de Terrassa durante el periodo del 2017-2018).

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo Transversal ambispectivo. El método de trabajo a emplear será la revisión de historias clínicas etiquetadas con el diagnostico dehiscencia. Se obtuvo una muestra representativa de 99 pacientes.

RESULTADOS

En cuanto a los factores de riesgo del paciente destacó el sobrepeso, junto con varias patologías asociadas. La zona anatómica donde más dehiscencias se produjeron fue la zona abdominal y el material utilizado las grapas metálicas. La retirada de puntos se produjo antes de los 10 días en la mayoría de los casos. Obtuvimos que existía relación estadísticamente significativa entre el dolor y la infección de la lesión ($p<0,05$) así como entre el tiempo de retirada de puntos de sutura y la zona anatómica ($p<0,013$). El 88% (38) de los pacientes manifestó que no habían sido informados sobre los cuidados de la herida quirúrgica. Por último se observó un infradiagnóstico en la muestra estudiada ya que el 90,47% de las dehiscencias no estaban bien registradas en la historia clínica.

CONCLUSIONES

Los factores asociados al desarrollo de dehiscencias en la muestra estudiada fueron el sobrepeso, la pluripatología, las intervenciones realizadas en la zona abdominal y la retirada precoz de puntos de sutura.

VIERNES 28 DE FEBRERO DE 2020

09.00 – 10.30 T5: ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE LAS OSTOMÍAS
Sala Las Palmas I

ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE LAS OSTOMÍAS. CASOS PRÁCTICOS

Sadurní Gracia, Marta; Massoni Piñeiro, Antonieta.
Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

En España hay más de 70.000 personas ostomizadas y cada año se producen más de 13.000 nuevos casos.

Estos pacientes, como consecuencia de enfermedades oncológicas, inflamatorias u otras afecciones, se ven sometidos a una cirugía, tras la cual se extrae una parte del aparato digestivo o urinario y a partir de ese momento deben llevar de forma temporal o permanente una bolsa que recoja la orina o las heces.

La realización de una ostomía de eliminación supone para la persona un cambio importante en todos los aspectos bio-psico-sociales.

Si además presenta dificultades para adaptar un dispositivo debido a la aparición de algún tipo de alteración de la piel periestomal, se incrementará la falta de socialización y baja autoestima, influyendo negativamente con el bienestar y calidad de vida de la persona ostomizada.

Las complicaciones en las ostomías son muy frecuentes, se calcula que la mitad de los pacientes sufrirán alguna, tanto a nivel del estoma como de la piel periestomal. Algunos estudios describen una tasa de complicaciones del 70-80% e incluso hasta el 96% en las 3 semanas posteriores a la intervención.

Una de las complicaciones más frecuentes es la dermatitis, que puede aparecer en el postoperatorio inmediato, pero suele ser más habitual que se produzca tras el alta hospitalaria y con una mayor incidencia en el caso de las ileostomías. La clínica que podemos encontrar varía dependiendo de la gravedad de la dermatitis: maceración, eritema, erosiones e incluso infecciones y úlceras.

Con respecto a las complicaciones inmediatas, y sobre todo en caso de pacientes obesos y cirugías de urgencia, las más frecuentes son la necrosis, el fallo de sutura, la desinserción y hundimiento. Con menor frecuencia, la infección o absceso.

Prácticamente exclusiva de las urostomías, está la hiperplasia epitelial que es la incrustación de depósitos fosfáticos.

El objetivo de este taller es:

- Identificar las principales complicaciones de las ostomías y de la piel periestomal.
- Conocer los dispositivos de ostomía, su correcta colocación y cuidados.
- Taller práctico con resolución de casos de estomas complicados.

11.00 – 12.30 SIMPOSIO INTERNACIONAL
Sala Zaragoza III-IV

ABORDAJE ACTUAL DE LAS HERIDAS

Zavala Aguirre, María Martha Alicia.
CONSAN, AMCICHAC.

En la actualidad muchos profesionales de la salud se enfrentan a heridas crónicas de difícil manejo, en donde la cicatrización se prolonga por largos periodos o no se llega a alcanzar, lo que provoca múltiples repercusiones para la salud del paciente y su entorno social, además del impacto económico directo e indirecto.

El objetivo de esta ponencia es presentar de una manera práctica el abordaje sistemático mediante una valoración completa del paciente y de la herida, a fin de poder realizar la preparación del lecho de la misma, empleando todos los conceptos y recursos actuales mediante un enfoque holístico para obtener finalmente una herida preparada para cicatrizar.

Durante la presentación se expondrá la evaluación general del paciente, la evaluación adecuada de la herida utilizando diferentes acrónimos publicados en la literatura médica que facilitan el abordaje de la herida y el entorno psicosocial del paciente.

REFLEXIÓN PERSONAL ACERCA DE LA OPTIMIZACIÓN EN LA GESTIÓN SISTÉMICA DE LA PREVENCIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN

Serrano Serrano, Bárbaro.
Consorci Sanitari de Terrassa.

VIERNES 28 DE FEBRERO DE 2020

En general hoy día nadie duda acerca de la relevancia del enfoque sistémico en la Gestión de la prevención de los riesgos sanitarios. La Seguridad de pacientes, su taxonomía, metodología de análisis, prevención, seguimiento y aprendizaje ante los eventos adversos, aporta diferentes herramientas para fomentar la cultura de seguridad en las instituciones sanitarias. Las lesiones por presión constituyen un evento adverso. En nuestro entorno es poco notificado en los sistemas de notificación y aprendizaje como tal.

Somos conscientes de la gran producción y publicación de evidencia científica en la Prevención de las lesiones por presión, de los finitos recursos materiales y humanos que cada día se emplean en su prevención y tratamiento, además del sufrimiento y merma de la calidad de vida en las personas que las padecen.

Desde un análisis personal y profesional creo que queremos, sabemos y tenemos todo lo necesario para abordar de manera más óptima este problema, la cuestión radica en como articulamos, dinamizamos y aprovechamos al máximo estos recursos y medios además de nuestra motivación, misión y responsabilidad como cuidadores.

Propongo realizar una reflexión cercana, positiva y realista basada en mi experiencia profesional, a través de preguntas sobre temas como: la implementación de la valoración del riesgo, la normalización y estandarización de la práctica asistencial, el liderazgo en los cuidados, la gestión de la información, la formación continuada, los recursos materiales, la educación para la salud y otras variables que permitan disminuir la prevalencia e incidencia en nuestras unidades asistenciales de las lesiones por presión.

15.30 – 17.00 MR4: HERIDAS FISTULIZADAS - TUNELIZADAS. COMPLICACIONES Y ASPECTOS PSICOSOCIALES
Sala Zaragoza III-IV

TRATAMIENTO DE LA SEPSIS DEL ESPACIO POSTANAL PROFUNDO

Ruiz De La Hermosa García-Pardo, Alicia.
Hospital Universitario Infanta Leonor.

El paradigma de heridas fistulizadas lo tenemos representado en los abscesos y fístulas perianales. Ambas entidades representan distintos estadios de la misma enfermedad. El absceso es un acumulo de pus en alguno de espacios potenciales perianales o perirrectales y la fístula es una comunicación anormal de una cavidad con el exterior. El origen primario de las fístulas se encuentra en las criptas donde desembocan las glándulas de Hermann y Deffosses y de ahí el nombre de la teoría criptoglandular. Desde el espacio interesfinteriano donde de encuentra la glándula la infección puede extenderse hacia abajo, lateral o hacia arriba produciendo los distintos tipos de abscesos y fístulas. Las fístulas complejas surgen habitualmente en la parte posterior del canal anal. Entender cómo se produce su extensión es fundamental para conseguir un tratamiento adecuado. El espacio postanal profundo es una importante entidad anatómica a través de la cual se extienden algunas de las fístulas complejas, especialmente las fístulas complejas en herradura con afectación de ambas fosas isquioanales o isquiorrectales. Este espacio fue descrito inicialmente por Courtney en el 1949 con el nombre de espacio posterior subesfintérico. Posteriormente ha sido descrito por otros autores el espacio posterior interesfintérico con similares implicaciones respecto a las extensiones de las fístulas posteriores.

Los abscesos del espacio postanal profundo o del espacio interesfinterico profundo producen fiebre y dolor anal, siendo la inspección normal o solo con cierta hipersensibilidad al tacto rectal en posterior, por lo que es muy importante tenerlos en cuenta.

Para la evaluación de estos abscesos es fundamental la realización de una RMN pélvica o mucho más accesible y sencilla, una ecografía endoanal que permite en la mayoría de las ocasiones localizar el orificio primario así como su extensión en herradura y visualizar trayectos accesorios si existieran.

El correcto drenaje de la infección de estos espacios es prioritario para obtener resultados exitosos en el tratamiento de las fístulas. La técnica modificada de Hanley, consistente en el drenaje de ambas cosas isquioanales y una incisión extraesfinterica en la línea media posterior con sección de ligamento anococcígeo es fundamental para la erradicación de estos abscesos. Dicha herida es amplia, cercana al margen anal pudiendo suponer cierta deformidad en el ano posteriormente y requiere de curas cuidadosas y prolongadas hasta la correcta epitelización. La identificación del orificio primario es conveniente y permite la colocación de un seton laxo en la línea media posterior. Esto consigue acortar el número de intervenciones que requerirá el paciente y la realización de una cirugía definitiva más precoz, circunstancias ambas fundamentales para el paciente. En ocasiones además del seton laxo es necesaria la colocación de una sonda de Petzzer para evitar cierre precoz de la cavidad.

La técnica del seton laxo permite un control de la sepsis y prepara la zona para la realización posterior de una cirugía definitiva así como evitar el riesgo de incontinencia que supondría una fistulotomía o un seton de corte. En ocasiones la técnica del seton laxo puede ser utilizada como un tratamiento definitivo.

VIERNES 28 DE FEBRERO DE 2020

FÍSTULAS ENTEROATMOSFÉRICAS Y DE OTRAS LOCALIZACIONES (NO PERINEALES/ NO PERIANALES)

Camacho Aroca, Alfonso; Ruiz De La Hermosa- Gallardo García-Pardo, Alicia; Martínez Savoini, Eva María; Gea López, Virginia; Alcolea Cuevas, Begoña; Galindo Marcos, Amparo.

Hospital Universitario Infanta Leonor

Las fístulas que afectan al plano cutáneo desde el interior del organismo, denominadas por regla general "enteroatmosféricas", son un reto para todos aquellos profesionales que nos dedicamos a su diagnóstico, decidir el tratamiento óptimo e intentar que el problema afecte lo menos posible psicológica y físicamente al paciente.

La ponencia tiene tres objetivos fundamentales:

1. Presentar una reseña histórica de la evolución del tratamiento de las heridas fistulizadas con el fin de intentar seguir la línea evolutiva que nos lleve hacia el futuro. De los remedios caseros, hasta la tecnología más puntera actual.
2. Describir el concepto de "fístula enteroatmosférica", factores etiológicos (postoperatoria, neoplásica, traumática,....), las diferentes clasificaciones remarcando la clasificación pronóstica de Schein y realizar un estudio de la fisiopatología y factores predisponentes de las mismas, destacando factores nutricionales y psicológicos.
3. Abordar las líneas terapéuticas y su razonamiento pasadas, presentes y futuras, dentro del tratamiento multidisciplinar. Presentar las líneas actuales y describir terapias experimentales que pueden ser aplicadas en este campo desarrollando así nuevas líneas en el tratamiento de esta patología.

Como conclusión, incidiremos en la importancia del componente nutricional de los pacientes, la importancia de la superespecialización de los equipos de enfermería, médicos, quirúrgicos, rehabilitadores psicosociales, y, por qué no, de la Industria, ya que es un problema que afecta a un porcentaje nada desdeñable de pacientes que requiere investigación específica para lograr la recuperación más temprana posible de los pacientes.

Por último, presentaremos la revisión bibliográfica realizada destacando los artículos más destacados.

FÍSTULA ANAL: CUIDADOS ENFERMEROS Y CALIDAD DE VIDA

Martínez Savoini, Eva María.

Hospital Universitario Infanta Leonor.

Se define a la fístula como una comunicación anormal entre dos superficies epitelizadas, es decir entre dos órganos huecos o bien entre un órgano hueco y la piel. La fístula anal es una de las afecciones anorrectales más comunes y que en ocasiones representa un reto para su curación definitiva. Identificar la complejidad de la misma va a condicionar tanto el tratamiento como la evolución.

El momento del diagnóstico y la información que recibe el paciente, determinan la actitud ante el futuro y las estrategias del tratamiento van a condicionar la calidad de vida del paciente.

El objetivo de esta ponencia es analizar la evolución tanto de la fístula, como de la herida y del paciente en su conjunto, teniendo en cuenta aspectos tanto físicos como psicosociales. Analizaremos la importancia de mantener un equilibrio entre la erradicación de la enfermedad y la preservación del control fecal, valorando la evolución del absceso a la fístula, el diagnóstico, la información que debe recibir el paciente y los cuidados de enfermería en todo el proceso.

Tras el diagnóstico, son muchos los aspectos que van a influir en la calidad de vida del paciente como la evolución de la fístula, el estilo de vida y la decisión del paciente ante los posibles tratamientos. Expondremos los cuidados a tener en cuenta tanto en el preoperatorio, destacando el poder de la información para conseguir la aceptación del paciente, como en el postoperatorio, favoreciendo en todo momento la incorporación del paciente a su vida personal y profesional. Trataremos la influencia del uso del seton para evitar el cierre de la fístula y la infección, pero también cómo influye la existencia de un cuerpo extraño en la adaptación del paciente a los cambios que le obliga a establecer en su rutina diaria, especialmente cuando se plantea como tratamiento definitivo. Valoraremos el comportamiento y evolución de la herida tras la cirugía, la necesidad o no del uso de apósitos para favorecer la evolución de la misma y la pertinencia del uso de la terapia de vacío en heridas fistulizadas.

Abordaremos aspectos tan importantes como la enseñanza prequirúrgica y los autocuidados en domicilio, teniendo en cuenta que es fundamental la implicación del paciente al alta, en aspectos como la higiene, la dieta y la detección de complicaciones. La prevención, detección y abordaje de complicaciones como la hemorragia, la recurrencia o la incontinencia fecal, va a definir un plan de cuidados específico y enfocado a cada paciente según las características personales del mismo.

VIERNES 28 DE FEBRERO DE 2020

15.30 – 17.00 A7: ABORDAJE INTEGRAL EN PACIENTES VULNERABLES: LESIONES ONCOLÓGICAS Y DESGARROS CUTÁNEOS SKEAN TEARS
Sala Zaragoza II

ATENCIÓN INTEGRAL EN PACIENTES VULNERABLES. LESIONES ONCOLÓGICAS

Valerdiz Casasola, María Susana.
Hospital Universitario Central de Asturias.

Los pacientes con lesiones tumorales entrañan un dificultoso campo de actuación para los cuidados enfermeros, ya que las lesiones tumorales, oncológicas o neoplásicas que originan una herida no son ni se comportan como otro tipo de herida crónica o aguda, debido a los diferentes factores asociados con el cáncer. Por todo ello, el cuidado que requieren tiene un significado más amplio que el propio tratamiento local.

En esta ponencia se tratará de identificar qué son las lesiones oncológicas, su epidemiología y las diferentes fases que nos podemos encontrar. También hablaremos de los aspectos básicos del cuidado local en heridas tumorales y analizaremos la sintomatología más habitual que origina este tipo de lesiones. El control de los síntomas en estos pacientes es la base de los cuidados de enfermería.

Un aspecto importante a desarrollar es aprender a desconfiar ante determinadas heridas que no cicatrizan y actuar con rapidez para garantizar una adecuada asistencia.

Además, hay que tener en cuenta que ciertas heridas oncológicas no van a cicatrizar, por lo que el objetivo principal del tratamiento será administrar los mejores cuidados posibles desde una perspectiva paliativa que asegure el confort y la dignidad del paciente.

En este tipo de pacientes es imprescindible diseñar un plan de cuidados de enfermería personalizado, que incluya la atención integral y la colaboración de los cuidadores o familia, englobando todos los recursos necesarios disponibles para ofrecer mejorar el estilo de vida del paciente y su entorno.

Con todos estos condicionantes, debemos tener presente que un paciente oncológico con una herida que no va a cicatrizar no requiere menos atención que un paciente con otro tipo de herida.

DESGARROS CUTÁNEOS/SKIN TEARS

Gayol Fernandez, Manuel.
Centro de Salud de Allés, Área VI de Asturias.

Un desgarro cutáneo es una herida causada por fuerzas mecánicas, incluyendo eliminación de adhesivos. La gravedad de estas lesiones depende de las capas de la piel a las que afectan pudiendo ser de espesor parcial si solo afecta a la epidermis o de espesor total si afecta a dermis y epidermis. Así podemos decir que los desgarros en la piel son heridas traumáticas resultado de una variedad de fuerzas mecánicas; como el corte, fuerzas de fricción, traumatismos, caídas, manejo inadecuado de los pacientes, lesiones con el mobiliario o eliminación de apósitos adherentes. En la piel frágil o vulnerable (por ejemplo, en piel envejecida o muy joven), se requiere menos fuerza para causar una lesión traumática, por tanto, la incidencia de desgarros aumenta en pieles de estas características. Los desgarros de la piel pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo, más frecuentemente afecta a las extremidades superiores o inferiores y dorso de las manos. Un desgarro cutáneo sin complicaciones es una herida aguda que curará aproximadamente en 4 semanas. Mientras que uno complicado cura en más de 4 semanas, convirtiéndose en una herida crónica, suele ocurrir en lesiones en los miembros inferiores.

Los datos epidemiológicos varían según los entornos de atención donde se encuentran las personas afectadas. En atención a largo plazo se estima que hay una prevalencia entre 2,23–92% . En personas atendidas en la comunidad, la prevalencia estaría entre el 4,5–19,5%, en heridas identificadas en todos los grupos de edad. En unidades de cuidados agudos entre el 6,2–11,1%. En pacientes en cuidados paliativos estaría entre el 3,3–14,3% . En las unidades de cuidados intensivos y unidades quirúrgicas la prevalencia sería desconocida.

Los factores de riesgo son diversos, pudiendo dividirse en 3 grupos: relacionados con la piel, con la salud general y la movilidad del individuo. En los países anglosajones se ha desarrollado una serie de herramientas, protocolos y guías específicas para identificar, evaluar, tratar y prevenir de manera correcta estas lesiones que muchas veces son infravaloradas y aún más en nuestro país donde apenas hay algún artículo publicado en nuestro idioma.

Para tratar estas lesiones hay que utilizar diversas “herramientas” desarrolladas por el International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP) que es un organismo internacional que investiga y publica documentación sobre estas lesiones, como el algoritmo de tratamiento (que incluye como evaluar e identificar estas lesiones y la manera correcta de tratarlas), los apósitos recomendados en la cura de estas heridas, como valorar el riesgo de padecer los desgarros cutáneos, como prevenir estas lesiones según los factores de riesgo descritos anteriormente.

Los expertos indican que estas lesiones pueden ser un indicador válido a la hora de medir la calidad de cuidados en los dispositivos sanitarios, similar a las incidencia o prevalencia de las lesiones por presión, por tanto es fundamental que conozcamos todos sus aspectos, ya que para los pacientes son uno de las consecuencias más temidas tras un trauma en la piel, causando perjuicio tanto físico como psicológico, además el mal manejo de estas lesiones en cuanto al tratamiento y/o prevención puede acarrear gastos innecesarios al proveedor de servicios sanitarios del paciente.

15.30 – 17.00 T6: Uso de Herramientas 2.0 en el cuidado de las Heridas
Sala Tenerife I

USO DE HERRAMIENTAS 2.0 EN EL CUIDADO DE LAS HERIDAS

Pérez Barreno, David.
Consultorio de Monda. ZBS Coín.

El avance de la tecnología en la actualidad permite al profesional alcanzar un grado de calidad y seguridad clínica en su atención al paciente como nunca antes se había podido conseguir. El uso de dispositivos móviles se ha postulado como la mejor herramienta al alcance del profesional ya que, debido a su versatilidad y potencialidad, ofrece al sanitario un abanico innumerable, y continuamente creciente, de utilidades y herramientas de ayuda en la práctica clínica.

Para ello, es importante conocer cuáles son las experiencias de otros profesionales y, sobre todo, qué resultados han obtenido en la práctica clínica con su uso.

15.30 - 17.00 T8: TALLER BÁSICO FOTOGRAFÍA BÁSICA
Sala Las Palmas I

TALLER FOTOGRAFÍA CLÍNICA CON MÓVIL Y CÁMARAS COMPACTAS

Julián Rochina, Iván.
Universidad De Valencia.

En la clínica diaria se realiza el seguimiento de lesiones cutáneas mediante fotografía. Dependiendo del entorno en el que nos encontremos (hospital, atención primaria, residencias, etc…) los recursos materiales de los que disponemos pueden ser muy limitados, teniendo que usar nuestras propias cámaras para tomar las imágenes necesarias. Este taller está enfocado al uso correcto de los parámetros básicos que permitirán obtener imágenes de calidad que sirven tanto para generar una biblioteca personal para el seguimiento de lesiones como para explotar dichas imágenes en congresos y sesiones clínicas. Tras este taller no volverás a descartar una fotografía por un enfoque inadecuado, por falta de luz o porque ha salido “movida”. Los asistentes conocerán los pequeños “trucos” acumulados durante 17 años realizando fotografías en todo tipo de condiciones, desde atención primaria y en domicilios de todos los tipos. Utilizaremos tanto cámaras fotográficas básicas como los smartphones, que día a día disponen de mejores objetivos y programas fotográficos.

17.30 – 19.00 MR5: Atención multidisciplinar del paciente quemado
Sala Zaragoza III-IV

SOPORTE NUTRICIONAL DEL PACIENTE QUEMADO

Vivo Benlloch, Carmen.
H. U.i P. La Fe deValencia.

La supervivencia del paciente quemado ha mejorado considerablemente en las últimas décadas. Esto ha sido debido a un abordaje multidisciplinar en las tres vertientes básicas de su tratamiento: quirúrgica, médica y rehabilitadora.

Sin duda, todos aquellos mecanismos farmacológicos y no farmacológicos capaces de atenuar la respuesta hipermetabólica y el aumento del catabolismo proteico, que acompañan al paciente quemado desde su ingreso hasta 12-24 meses tras el alta hospitalaria, serán claves en la supervivencia, en la disminución de la estancia hospitalaria y en la calidad de vida al alta del paciente quemado.

Entre estos mecanismos cabe destacar, la cirugía precoz como principal medida de control de la respuesta hipermetabólica

al retirar el tejido necrótico y frenar la respuesta inflamatoria sistémica, el control de la infección con eficaces medidas preventivas que mejoren la función inmunitaria, la movilización precoz y la rehabilitación capaz de reducir el estrés metabólico asociado a la cirugía y conseguir la recuperación funcional del paciente y por último, y no menos importante, el soporte nutricional capaz de regular la respuesta hipermetabólica, reducir la pérdida de masa muscular, mantener las reservas energéticas del organismo, favorecer el proceso de curación y mejorar la función inmunitaria del paciente, disminuyendo el riesgo de infección evitando la traslocación bacteriana y proveyendo de aminoácidos esenciales, proteínas, elementos traza, vitaminas e hidratos de carbono, cuyos requerimientos se van a ver aumentados proporcionalmente al tamaño de la superficie corporal quemada.

Un paciente con una superficie corporal quemada superior al 40%, puede perder hasta una cuarta parte de su peso en tan solo 3 semanas tras sufrir la quemadura.

Un nutrición enteral agresiva, va a mejorar los resultados al alta, pero una sobrecompensación con un exceso de calorías y/o no solo es inefectivo sino que puede ser perjudicial por complicaciones tales como la hiperglucemia, la retención de CO2 y el aumento del nitrógeno ureico. Por lo tanto, el objetivo es satisfacer los requerimientos agudos del paciente quemado pero sin sobrealimentar.

TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS EN LAS CURAS DE PACIENTES QUEMADOS: LA REALIDAD VIRTUAL

Gacto Sánchez, Purificación.

Hospital Virgen del Rocio, Sevilla.

Uno de los mayores retos en el tratamiento de los pacientes quemados es el control del dolor asociado a procedimientos. El dolor que experimentan los grandes quemados durante las curas puede variar ampliamente de un día a otro, pero a menudo es de gran intensidad. Además las relaciones entre el dolor, la ansiedad, el estrés y su efecto sobre la reepitelización de las quemaduras son muy poco conocidas hasta la fecha.

La realidad virtual (RV) ofrece un abordaje del dolor que parece tener unos efectos analgésicos bastante potentes y prometedores. Actúa alejando la atención del paciente del dolor durante los procedimientos agudos sumergiéndolos en un entorno generado por ordenador.

A este respecto, el tratamiento farmacológico continúa siendo la opción recomendada, a pesar de que se observe un manejo analgésico inadecuado que depende sobre todo del carácter complejo del dolor en estos pacientes, es por ello que desde un tiempo a esta parte se insiste en el abordaje multidisciplinar para el afrontamiento del dolor.

Los objetivos del estudio que planteamos son dos. Por un lado, valorar la eficacia de un tratamiento combinado basado en la aplicación de Técnicas de Realidad Virtual y Musicoterapia junto a Tratamiento Farmacológico estándar (recomendado) en pacientes adultos que ingresen por sufrir quemaduras. Y por otro lado, comprobar que la terapia combinada de Realidad Virtual y Musicoterapia junto al Tratamiento analgésico estándar es la opción más adecuada para el tratamiento del dolor y ansiedad en las quemaduras de pacientes adultos frente al Tratamiento Farmacológico estándar por sí solo.

MEEK HISTORIA, INDICACIONES, TÉCNICA, FISIOLOGÍA Y EXPERIENCIA CON MICROINJERTOS

Camacho Quintero, Eduardo.

Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” ISSSTE, CDMX; AMCICHAC.

TÉCNICA MEEK (Microinjertos)

La pérdida traumática de la piel, particularmente en quemaduras mayores, requiere de injerto de piel para su reparación.

En una quemadura grande, los sitios donadores son limitados y el injerto de piel necesita expandirse. Además, el cierre rápido de la herida por quemadura es un factor importante en la recuperación exitosa y generalmente se logra mediante el desbridamiento y el injerto de piel.

Meek introdujo el microinjerto en 1958, dividiendo la piel en pequeños trozos, permitiendo una expansión de la piel de hasta 10 veces.

La técnica modificada de Meek es un método que salva vidas, que revoluciona el cuidado de las quemaduras mayores, recomendado para quemaduras por arriba del 30% del área de superficie corporal quemada (TBSA), con sitios de donadores inadecuados y morbilidad con injertos de piel divididos convencionales repetidos (SSG).

El microinjerto se puede utilizar en un lecho vascular deficiente (diabético) con mayor éxito debido a las bajas demandas metabólicas. Las desventajas incluyen la aparición de “lunares” en la cicatrización y que las cirugías iniciales son relativamente laboriosas en el proceso-técnica del microinjerto.

En consecuencia, en comparación con la técnica MEEK, la aplicación de injertos ampliamente mallados requiere más procedimientos de injertos en caso de quemaduras graves.

Un porcentaje de integración de injerto alta y un mejor principio de expansión contribuyen a la opinión general de que la técnica MEEK es la forma más efectiva de recuperar la piel de los pacientes con quemaduras extensas.

17.30 – 19.00 A8: APÓSITOS ¿LO NUEVO, LO DE SIEMPRE O A MÍ ME VA BIEN?
Sala Zaragoza I

APÓSITOS ¿LO NUEVO, LO DE SIEMPRE O A MÍ ME VA BIEN?

Aranda Martínez, Joan Miquel.

Consorci Sanitari de Terrassa.

El objetivo principal del Aula, es aportar una perspectiva de abordaje local basado en la adecuada valoración y preparación de las características del lecho de la herida. Puesto que, independientemente del origen y etiología, su aspecto y características son de gran utilidad para la planificación de la estrategia terapéutica a seguir. Se ha demostrado que la utilización de apósitos de cura en ambiente húmedo (CAH) como alternativa a la cura tradicional aplicados en cada componente del acrónimo TIME, constituyen una herramienta eficaz en el campo de las heridas crónicas.

Sin embargo, la selección del apósito no es tarea fácil. La evolución en los tratamientos de heridas y úlceras ha provocado en los últimos años el desarrollo terapéutico de un gran número de apósitos nuevos incrementando el coste de los tratamientos. Elegir el material más adecuado dependiendo de las características de la úlcera es unos de los retos que tiene enfermería, siendo importante conocer las características de cada apósito, saber si la cicatrización es o no viable por las comorbilidades del paciente y lograr identificar en qué fase del proceso de cicatrización se encuentra antes de tomar cualquier decisión.

El uso racional del material basado en la evidencia alta se conseguiría basándonos en la PLH. Como hemos visto a través del concepto TIME tendríamos desbridamiento del material desvitalizado, control de la infección, gestión del exudado y protección de la piel perilesional. Todo ello mediante una CAH basada en el juicio clínico del profesional y en la aplicación de los documentos de consenso y de las guías de práctica clínica validadas y avaladas por las diferentes sociedades científicas.

17.30 – 19.00 T7: TPN AVANZADA: COMO RESOLVER LAS DIFICULTADES
Sala Tenerife I

TPN AVANZADA: CÓMO RESOLVER LAS DIFICULTADES

Ribalta Reñé, Ramón; Riera Granados, Núria; Martín Ruano, Noemí.

[1]Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Este taller pretende dar una visión general de la terapia de presión negativa (TPN) en heridas, en cuanto a sus indicaciones, contraindicaciones y a su técnica más habitual de ejecución. A partir de ese punto se plantean diferentes situaciones, las cuales, apoyadas en la experiencia clínica, nos sitúan en diferentes escenarios de posibles complicaciones, errores de funcionamiento, no colaboración del paciente, dificultades técnicas, etc. mediante los cuales pasamos de lo general a lo concreto para la resolución de incidencias y la adopción de criterios que tiendan a mantener el equilibrio entre la efectividad de la terapia, la colaboración y comodidad del paciente, y la utilización racional de recursos sanitarios y humanos.

A nivel metodológico se plantean las cuestiones generales para todos los asistentes y, posteriormente, se distribuyen en pequeños grupos de 4-6 congresistas para trabajar los escenarios más concretos mediante material real de TPN y unos moldes artificiales creados para la ocasión a modo de heridas diversas con los que los diferentes grupos podrán experimentar. Finalmente se extraerán conclusiones grupales, de carácter participativo, a modo de feed-back con los ponentes, ya que en este tipo de sesiones suelen aflorar muchos casos clínicos que, una vez comentados, enriquecen el valor final del taller.

VIERNES 28 DE FEBRERO DE 2020

17.30 – 19.00 T8: TALLER AVANZADO FOTOGRAFÍA CLÍNICA CON MOVIL Y CÁMARAS COMPACTAS AVANZADAS
Sala Las Palmas I

TALLER FOTOGRAFÍA CLÍNICA AVANZADA CON MÓVIL Y COMPACTAS

Vigil-Escalera Quintanal, Luis José.
UGC Caso-Sobreescobio.

Se repasarán los conceptos básicos y se explicarán habilidades en el manejo del móvil y compactas, así como recursos tanto físicos como de software para una correcta consecución de imágenes.
Se realizarán ejercicios eminentemente prácticos.

SÁBADO 29 DE FEBRERO DE 2020

09.00 – 10.30 MR6: ACTUALIZACIÓN EN EL ABORDAJE DE LAS INFECCIONES EN HERIDAS
Sala Zaragoza III-IV

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE INFECCIÓN Y COLONIZACIÓN

Nuria Serra
Enfermera. Angiogrup. Barcelona

La infección Se define como el proceso en el que un microorganismo patógeno invade a otro llamado huésped y se multiplica pudiendo provocar daño (produciendo enfermedad) o no provocarlo. Los organismos patógenos posees ciertas características como: la capacidad de ser trasmisibles, la adhesión a las células del huésped, invadir los tejidos y la capacidad de evadir el sistema inmunitario del huésped.

Las infecciones vas acompañadas de signos y síntomas: fiebre, malestar general y en la herida podemos ver hinchazón por inflamación calor, dolor y eritema.

La colonización significa que los gérmenes están en el cuerpo, con crecimiento y multiplicación de los microorganismos patógenos, pero sin invasión o daño tisular. Las personas que están colonizadas no tendrán signos ni síntomas.

Comprender este concepto es esencial en la planificación e implantación de estudios epidemiológicos en la asistencia sanitaria y programas de prevención y control de infecciones. Confundir la colonización con la infección puede conducir a asociaciones que pueden conducir a intervenciones costosas, ineficaces y que requieren mucho tiempo.

Por lo tanto es importante el diagnóstico diferencial e intentar que una herida colonizada no se infecte, debemos ser muy minuciosos en la actuación de la pauta local de las heridas. A tener en cuenta:

Valoración de la historia clínica: edad, enfermedades concomitantes y estado nutricional del paciente.

Etiología de la ulcera. Para poder hacer el tratamiento adecuado.

Desbridamiento del tejido desvitalizado, necrosado y/o esfacelado, para evitar el riesgo de infección.

REFERENCIAS

- Bogaert D, De Groot R, and Hermans PW. Streptococcus pneumoniae colonisation: the key to pneumococcal disease. Lancet Infect Dis. 2004 Mar;4(3):144-54.
- Centers for Disease Control and Prevention. Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) infection: clinician FAQs. Accessed 24 Jan 2017. Available at https://www.cdc.gov/hai/organisms/cre/cre-clinicianfaq.html.
- Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of transmission of multidrug resistant organisms. Accessed 24 Jan 2017. Available at https://www.cdc.gov/hicpac/mdro/mdro_5.html.
- Luis F-K et al. Asymptomatic Clostridium difficile colonization: epidemiology and clinical implications. BMC Infect Dis. 2015;15:516.
- Zirakzadeh A and Patel R. Vancomycin-resistant enterococci: colonization, infection, detection, and treatment. Mayo Clin Proc. 2006 Apr;81(4):529-36.

MANEJO DE LA INFECCIÓN. CÓMO REDUCIR LA CARGA BACTERIANA Y EL CONTROL DE LAS BIOPELÍCULAS

Salavert Lletí, Miguel.
Hospital Universitario y Politécnico la Fe.

En el manejo de toda infección son importantes varios factores que deben guiar el tratamiento eficaz y seguro del proceso. Así, el huésped en el que anida la infección, los microorganismos que la causan y la estrategia o fármacos (antimicrobianos habitualmente) con los que pretendemos tratarla, se constituyen en elementos claves. A este triángulo de protagonistas se suman otros fenómenos de gran importancia, pues condicionan la evolución y resultados, como son la virulencia y resistencia. En ocasiones existen patógenos que combinan un conjunto de determinantes de virulencia y varios mecanismos de resistencia, o bien ambos elementos caminan solos, pero se expresan con una intensidad y complejidad mayúsculas, todo lo cual dificulta el tratamiento. Por ello, es básico en el momento actual disponer de antimicrobianos capaces de superar los mecanismos de resistencia y de nuevas sustancias con capacidad para bloquear o inhibir los factores de virulencia de los microorganismos vivos. A ello se suman condicionantes del huésped, como su posible estado de inmunosupresión (que dificulta la lucha contra la infección), comorbilidades y la presencia de cuerpos extraños o dispositivos biomédicos, que promueven un tipo especial de infecciones, las asociadas a biofilms. Como en cualquier tipo de infección, los aspectos cuantitativos tienen un peso específico en sus posibilidades de control, es decir “el tamaño importa”, en este caso el de la denominada carga microbiana o inóculo.

SÁBADO 29 DE FEBRERO DE 2020

El biofilm (o biopelícula) se refiere a las comunidades complejas y sésiles de microbios que se encuentran unidos a una superficie o enterrados firmemente en una matriz extracelular como agregados. La matriz de la biopelícula que rodea a las bacterias las hace tolerantes a las condiciones adversas y resistentes a los tratamientos antibacterianos. Además, las biopelículas están implicadas en una amplia gama de enfermedades crónicas, incluidas las de heridas complejas, y debido a la aparición de resistencia a los antibióticos, se ha vuelto realmente difícil tratarlas con eficacia. Ante la existencia de biofilms y la presencia de importantes cargas microbianas e inóculos organizados de microorganismos, cobra capital importancia otro concepto, el de "control del foco". Las estrategias para conseguir el apropiado control del foco infeccioso van más allá de los antibióticos tradicionales y obligan a realizar en muchas ocasiones maniobras de curetaje, drenaje, desbridamiento, lavados o limpiezas del mismo, mediante procedimientos quirúrgicos, instrumentales (radiología intervencionista), mecánicos, físicos y/o químicos. Algunos de los desarrollos recientes en este campo, para reducir la carga bacteriana y controlar mejor el biofilm, se focalizan en la inhibición de los factores de virulencia bacteriana (toxinas, sistemas de secreción, mecanismos de adherencia, sistemas de señalización y de regulación), la utilización de bacteriófagos para destruir bacterias presentes en heridas infectadas, las vacunas para prevenir infecciones asociadas a biopelículas y, en ocasiones, hasta la manipulación del microbioma (transferencia de microbiota) para combatir infecciones por bacterias resistentes o virulentas. En la ponencia se realizará un enfoque prioritario sobre varias moléculas anti-biopelícula descubiertas o probadas hasta la fecha, que incluyen compuestos activos a base de hierbas, agentes quelantes, antibióticos peptídicos, lantibióticos y compuestos químicos sintéticos, de los que se comentará su distribución efectiva en el huésped, así como la garantía de alcanzar la concentración mínima efectiva de estas moléculas para ser capaces de erradicar con la máxima potencia las infecciones asociadas a biopelículas, y siempre sin presentar ningún efecto secundario adverso en el huésped.

NECESIDADES FORMATIVAS PARA EL ABORDAJE DE LA INFECCIÓN DE LAS HERIDAS

Palomar Llatas, Federico.

Hospital General Universitario de Valencia. Universidad Católica de Valencia;

La formación es un derecho y la formación del profesional de la salud es una obligación y esta debe de ser reglada.

En muchas ocasiones nos vemos saturados de formación, es difícil no estar formados, lo importante es saber elegir que formación más relevante para nuestro desempeño laboral, dando a nuestros pacientes y cuidadores una correcta calidad asistencial altamente cualificada, basadas en las mejores evidencias científicas disponibles. Estas evidencias vienen en primer lugar revisando las guías de práctica clínica, artículos científicos más interesantes, realizar búsquedas bibliográficas, cursos, congresos, (colegios profesionales, sociedades científicas, universidades, industria farmacéutica), debiendo tener implícitos unos criterios de calidad en la formación(Univadis 26/03/19).

La calidad formativa no es realizar esta simplemente por tener un voluminoso curriculum, debemos realizarla por su contenido por ejemplo ¿que es la polihexanida?, ¿Qué germen es el principal causante de las infecciones en heridas crónicas?, técnicas y modalidades de impartición.

Poco se ha publicado ante la necesidad formativa sobre la infección en heridas o sobre las heridas crónicas.

Dos estudios destacaremos al respecto: El estudio ATENEA (Beaskoetxea Gómez P et alt) y ¿Cuánto saben sobre heridas crónicas los estudiantes de Grado de Enfermería de la Comunidad de Madrid? (Cristina Sánchez Lluch et alt).

Los dos estudios mencionados hablan de la necesidad de formación en los estudios de grado y en el post grado haciendo mención a la formación reglada o no reglada. En el estudio ATENEA los encuestados son profesionales dedicados principalmente dedicados al cuidado y tratamiento de las heridas crónicas y en el 91% habían recibido formación principalmente no reglada a través de la industria farmacéutica y un 50% demandan formación sobre la infección de los cuales el 84% reciben esta formación deseada.

En el segundo estudio sobre el nivel de conocimientos de alumnos de 4º de enfermería dicen que son insuficientes los conocimientos en general con un 66,7% y que la periodicidad para curar una úlcera infectada es a diario o cuando el apósito esté saturado.

En resumen, tanto profesionales como alumnos, necesitan más formación específica sobre la infección en lesiones crónica cutáneas.

ACTUALIZACIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN EN LAS HERIDAS

Capillas Pérez, Raúl Miguel.

ICS.

La **Infección** se define como el resultado de las interacciones dinámicas que se producen entre el huésped, el patógeno potencial y el entorno, que dan lugar a cambios nocivos para el huésped.

Se produce cuando los microorganismos consiguen superar las estrategias de defensa del huésped.

En los años 50 del siglo pasado se descubren los antibióticos y parece que ya vamos a tener controlado este problema, sin embargo años más tarde vemos que el problema no lo acabamos de solucionar por la aparición de múltiples resistencias. Lo cual ha justificado el uso de una serie de opciones terapéuticas como compuestos antimicrobianos tópicos, como el yodo, la miel, la plata y otros…, hasta llegar al momento actual en que el problema de la infección en las heridas se llama "**Biofilm**".

Históricamente la infección de las heridas se tenía como el final de una situación que empezaba en la contaminación, se continuaba con la colonización para acabar en Infección.

En el año 2005 el Documento de Posicionamiento de la EWMA: "Identificación de los criterios de infección en las heridas" se introduce el concepto de ***"colonización crítica"*** que describe un paso intermedio entre la colonización y la infección, en el que se producen cambios en la coloración del lecho, aumento del exudado, deterioro del lecho con presencia de tejido friable y la consiguiente evolución tórpida de la herida.

En el año 2006 la EWMA publica el Documento de Posicionamiento: "Tratamiento de la infección en heridas", en el que nos dan una serie de indicaciones como:

- Debe considerarse el uso de terapias antimicrobianas tópicas cuando se sospeche que está ocurriendo una progresión hacia una infección manifiesta o cuando se observe que la cicatrización se ha interrumpido.
- Debe evitarse el uso prolongado de antimicrobianos.
- El uso de antibióticos debe limitarse a situaciones clínicas concretas (p.ej. en infecciones manifiestas) y los microorganismos deben ser sensibles.
- Debe examinarse regularmente el estado de la herida y hay que cambiar la estrategia de tratamiento cuando la cicatrización no progrese.

Curiosamente y siguiendo con la historia, dos años más tarde, en el 2008 (Wolcott RD, et al) nos empiezan a hablar de los biofilms bacterianos, que definen como bacterias ancladas al lecho de la lesión, encapsuladas en una matriz extarcelular producida por las propias bacterias y tolerante a agentes antimicrobianos (esto incluye antibióticos y antimicrobianos).

En el año 2016 la Unión Mundial de Sociedades de Cicatrización de Heridas presenta un Documento de Posición sobre "Tratamiento del Biofilm", en el que vuelve a hacer referencia de Wolcott que en 2015 afirma que: "el tratamiento de las heridas con biofilm se basa en el uso de múltiples estrategias de tratamiento diferentes, de manera simultánea, incluidos antibióticos, fármacos contra los biofilms, antimicrobianos selectivos y desbridamiento frecuente".

Concluye que:

- Para que una herida cicatrice no es necesario que sea estéril, por lo que no está justificado el uso de antimicrobianos tópicos simplemente para reducir la carga bacteriana de heridas que están en proceso de cicatrización.
- El tratamiento apropiado del biofilm se consigue siguiendo los pasos básicos de de prevención inicial (limpieza), eliminación (eliminación de esfacelos, desbridamiento) y prevención de la nueva formación (uso de antimicrobianos).
- También es importante el tratamiento integral del paciente y abordar cualquier problema sistémico, fisiológico o psicosocial subyacente para apuntalar un tratamiento de referencia.

09.00 – 10.30 MR7: MESA DE ATENCIÓN PRIMARIA (MIR/EIR)
Sala Zaragoza II

ABORDAJE FARMACOLÓGICO EN LA COLONIZACIÓN CRÍTICA

López Hernández, Samsara.

C.S. Arturo Eyries.

La colonización crítica es un estadio intermedio entre la colonización benigna y la infección manifiesta en la herida. En este proceso aumenta la carga bacteriana debido a la multiplicación de gérmenes que retrasa o detiene la cicatrización de una herida en ausencia de signos y síntomas clásicos de infección (dolor, eritema, calor, tumefacción...).

Desde Atención Primaria, resulta de gran importancia la detección de esta situación a través de la sospecha clínica: enlentecimiento de la cicatrización, decoloración en el lecho de la herida, edema, mal olor o incremento del exudado, entre otros. Así se podrá iniciar un tratamiento adecuado para evitar el fracaso en el proceso de cicatrización y complicaciones posteriores.

El abordaje se inicia desde la limpieza y el desbridamiento, que son los ejes más importantes ya que permiten eliminar el tejido desvitalizado o necrótico, disminuir el exudado y reequilibrar la carga bacteriana. En segundo lugar, se podrán emplear antisépticos tópicos con los que se pretende controlar la carga bacteriana evitando la progresión hacia la infección de la herida durante aproximadamente unos 14 días (*Regla de las 2 semanas*). Además presentan escasas resistencias y mínima toxicidad a nivel sistémico, permitiendo minimizar la utilización de antibióticos. Pero cuando con

estos no es suficiente, se deberá recurrir a los antibióticos tópicos, que aunque no se recomienda su utilización de forma rutinaria, su uso razonable permitirá impedir el avance hacia la infección. Resultará importante saber cuáles son los microorganismos más frecuentemente implicados y los factores de riesgo del paciente, para poder aplicar el antibiótico tópico más adecuado según el caso. Dejaremos en último lugar la antibioterapia sistémica, en los casos en los que la evolución tórpida de la herida impida su manejo con tratamiento tópico o con la aparición de infecciones graves como sepsis, celulitis, osteomielitis o presencia de signos de invasión tisular profunda. Se iniciará un tratamiento empírico de amplio espectro previamente habiendo recogido muestras del exudado de la herida para adecuar la elección del antibiótico posteriormente tras los resultados microbiológicos.

USO DE CORTICOIDES EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS Y SUS COMPLICACIONES

Rodríguez Alonso, Miguel[1]; López Hernández, Samsara[2]; Orihuel Pérez-Klett, Álvaro[3]; Álvarez Cosme, María[4].

[1]C.S. Plaza del Ejército; [2]C. S. Arturo Eyries, Valladolid; [3]C. S. Federica Montseny, Madrid; [4]C. S. José María LLanos, Madrid.

El uso de corticoides tópicos en el tratamiento de heridas, es un tema en continuo debate. Por un lado, tradicionalmente, se consideró que disminuían tanto la fase inflamatoria (al reducir la migración de neutrófilos y macrófilos), la fase proliferativa (al mitigar la proliferación de fibroblastos) y la fase de remodelado (dificultando el recambio de colágeno y reduciendo su acúmulo); ralentizando estos el proceso de cicatrización. De la misma manera, al tratarse de sustancias con un fuerte poder inmunosupresor, favorecían la infección de la herida; por todo ello se consideraba contraindicado su uso en heridas.

Sin embargo, actualmente esta afirmación está en entredicho. De hecho, nos servirnos de estas características antiinflamatorias en heridas que presenten hipergranulación (al disminuir estos, su exudado y reducción del tejido de granulación); en úlceras cutáneas crónicas con excesiva inflamación (como las originadas por problemas vasculares) y en las llagas ocasionadas por Pioderma Gangrenoso, una extraña alteración del sistema inmune (del cual el 50% de los casos es idiopático pero que se ha relacionado con otros trastornos autoinmunes como la Artritis o Cronh y colitis Ulcerosa), en el que su tratamiento consiste precisamente en la acción antinflamatoria de los corticoides a nivel tópico y sistémico.

También, algunas guías, como la elaborada por la Asociación Japonesa de Dermatología, en 2016 hacen recomendaciones del uso de corticoides en quemaduras de 1º y 2º grado para disminuir el dolor y la inflamación y reducir el riesgo, como indicaremos posteriormente, de desarrollar una cicatrización patológica.

Así mismo los corticoides (bien inyectados o bien por vía tópica) constituyen el tratamiento idóneo en queloides, cicatrices hipertróficas o hiperpigmentadas (al disminuir estos la proliferación de fibroblastos y el acúmulo de colágeno). Consiguiendo resultados satisfactorios en un 50-100% de los casos y recurrencias menores al 50%.

Por todo ello, debemos abandonar el viejo dogma de prohibir el uso de corticoides en heridas y considerarlos como otra herramienta más a nuestra disposición a la hora de tratar los distintos tipos de heridas y sus complicaciones. Para ello, hay que conocer su mecanismo de actuación, los procesos de cicatrización y las características de la herida.

LAS HERIDAS EN LA FORMACIÓN EIR

Álvarez Cosme, María[1]; Orihuel Pérez-Klett, Álvaro[2].

[1]C.S. José María Llanos (Madrid); [2]C.S. Federica Montseny.

INTRODUCCIÓN

El programa formativo de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria (EFYC) se regula por primera vez por la Comisión Nacional de esta especialidad en la Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio. No incluye una competencia específica sobre el abordaje de heridas, se contempla de manera transversal en determinadas competencias más generales.

OBJETIVO

Describir la formación recibida y la percepción del grado de consecución de las competencias sobre el manejo de heridas de los residentes de enfermería familiar y comunitaria en las distintas unidades docentes de la Comunidad de Madrid.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional transversal. La población de estudio son todos los residentes y especialistas por vía EIR de EFYC de la Comunidad de Madrid. Como instrumento se emplea un cuestionario de elaboración propia con variables sociodemográficas y sobre la formación en heridas. Se capta activamente a la población diana mediante la difusión por redes sociales. Se analizará estadísticamente mediante el programa SPSS.v21.

RESULTADOS

Fueron 72 encuestas cumplimentadas. Un 44,4% son especialistas de EFYC, un 37,5% residentes de 2º año y un 18,1% residentes de 1º año. UD. Un 36,1% indican que no tienen rotación específica en heridas. Y el 63,9% restante, la mediana

de la duración es de 14 días. Solo un 25% de los participantes refieren tener planificado un curso específico de heridas en su unidad docente, con una duración mediana de 10 horas. Únicamente un 40,3% valoran la consecución de las competencias sobre el abordaje de heridas como bastante conseguido o conseguido. Un 87,5% consideran necesario una adecuada formación durante la especialidad. La mayoría de los encuestados (81,9%) han complementado su aprendizaje con formación externa a la especialidad mediante cursos, jornadas y congresos fundamentalmente.

CONCLUSIONES

La formación especializada de enfermería familiar y comunitaria es deficiente, con variabilidad entre las distintas unidades docentes y entre los hospitales incluidos en cada unidad docente. Surge la necesidad de establecer una formación más homogénea entre los residentes de EFYC de la Comunidad de Madrid, compuesta por una preparación teórica y un aprendizaje práctico en servicios específicos.

LAS PAUTAS DE CURA EN UN PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA RURAL: UN INCIDENTE CRÍTICO

Orihuel Pérez-Klett, Álvaro[1]; Álvarez Cosme, María[2].

[1]C.S. Federica Montseny (Madrid); [2]C.S. José María de los Llanos.

INTRODUCCIÓN

En la Comunidad de Madrid existen diferentes puntos de atención continuada (PACs) a disposición de toda la población para urgencias y para realizar continuidad asistencial, en muchos casos llevada por enfermería. Una de las demandas principales en los PACs es la continuidad de cuidados en cuanto a curas de heridas crónicas. Como residentes de enfermería familiar y comunitaria, parte de nuestra formación la realizamos en PACs rurales; y uno de los mecanismos principales de aprendizaje y evaluación es mediante la realización de incidentes críticos como el que aquí se expone.

Descripción de la situación: Acude a un PAC rural una paciente de 69 años para seguimiento de unas úlceras venosas en miembro inferior derecho. En su parte de continuidad de cuidados se refleja la siguiente pauta por parte de su enfermera habitual: povidona iodada, gasas, y vendaje de sujeción desde maléolo a meseta tibial. En su Historia Clínica consta un Índice Tobillo-Brazo en rango de normalidad.

A la hora de proceder a la cura, se observa edema inferior y superior al vendaje y las gasas adheridas al lecho de la herida. Se decide cambiar la pauta de la cura en función de los conocimientos y habilidades adquiridos hasta el momento como residente y mediante formación continuada: cura húmeda y vendaje compresivo. Su enfermera habitual transmite su malestar y disconformidad a través de la Historia Clínica y de un correo electrónico personal.

Elaboración de la pregunta: Si un profesional de un punto de atención continuada, aun estando en formación, dispone de los conocimientos y habilidades necesarias en cuanto al abordaje de heridas y úlceras, ¿puede modificar una pauta prescrita previamente por otro profesional de enfermería si las necesidades de la herida lo requieren?

Método de aprendizaje: Para resolver esta pregunta y solventar el dilema creado en la situación expuesta, se decide realizar una búsqueda en la bibliografía existente, para conocer cuál es el estado de la cuestión y saber si hay publicadas situaciones como esta y el curso de acción. También se consulta la normativa y deontología vigente.

Adquisición del aprendizaje: Se realiza una búsqueda bibliográfica en la que se obtiene un artículo relevante que expone la variabilidad en el abordaje y manejo de las heridas crónicas por parte de enfermería, y que achacan a múltiples razones: déficit de formación, estilo de práctica profesional, falta de recursos... Por tanto, la formación recibida a través de la residencia y de otros cursos de formación continuada recibidos por parte de los residentes de enfermería puede generar discrepancia entre la enfermera habitual del paciente y con nosotros.

En la consulta del marco legal y ético, se deduce que como enfermeros tenemos las mismas competencias que cualquier otro profesional de enfermería para manejar una herida crónica; sobre todo atendiendo a los principios de beneficencia y no maleficencia, y así no incurrir en una falta por negligencia.

CONCLUSIONES

El cambio de pauta de la herida por nuestra parte fue correcto y estaba indicado en el caso de este paciente. No se infringe ninguna normativa ni el Código Deontológico, es más, lo correcto es actuar como se ha descrito en este caso, e incluso sugerir continuar la nueva pauta a la enfermera habitual con terapia compresiva multicapa.

SÁBADO 29 DE FEBRERO DE 2020

09.00 – 10.30 A9: AVANCES EN EL MANEJO DEL LIQUEN VULVAR
Sala Zaragoza I

APLICACIONES DEL PRP EN EL TRATAMIENTO DEL LIQUEN VULVAR

Aznar Mañas, Fernando Miguel.
Instituto Ginecoestética Láser Córdoba.

El plasma rico en plaquetas (PRP) representa una nueva biotecnología en el campo creciente de la ingeniería de tejidos y de la terapia celular. Actualmente, el plasma rico en plaquetas en el formato de kits cerrados se puede elaborar fácilmente, en cualquier clínica, sólo con unos requerimientos mínimos sanitarios adecuados… por lo que podemos ofrecer una tecnología de medicina regenerativa a todos nuestros pacientes de forma rápida, constante y sobretodo eficaz para muchas dolencias que antes no mejoraban con el tratamiento convencional.

El plasma rico en plaquetas (PRP) ha demostrado ser efectivo desde hace más de 15 años y sin efectos secundarios graves en múltiples estudios en las áreas del cuidado de las heridas, traumatología, medicina deportiva, odontología y en procedimientos estéticos. La terapia con PRP es una técnica muy prometedora en el rejuvenecimiento vulvo-vaginal y en la medicina sexual….mejorando la calidad de vida sexual de las pacientes de forma considerable.

En ginecología, la terapia con PRP parece mostrar su mayor potencial en afecciones vulvo-vaginales atróficas crónicas autoinmunitarias donde existe una infiltración mantenida de linfocitos y células inflamatorias dañando la calidad tisular genital, como sucede con el liquen escleroso atrófico vulvar.

La sintomatología de los casos clínicos refractarios a tratamiento convencional con corticoides e inmunosupresores desaparece o se atenúa en casi su totalidad con las inyecciones subcutáneas de plasma rico en plaquetas. Varios estudios científicos están en marcha para verificar los efectos que observamos en la práctica diaria en nuestras pacientes con liquen escleroso atrófico de la técnica de medicina regenerativa más sencilla de realizar y no por ello menos eficaz, el plasma rico en plaquetas.

CUIDADOS PRE-POST TRATAMIENTO DEL LIQUEN ESCLEROSO ATRÓFICO

Ruiz Trillo, Rocío.
Instituto Cordobés De Ginecología.

EL liquen escleroso atrófico vulvar es una afección crónica, afectando a la zona genital de forma grave y mutilante… siendo muy activa en algunas pacientes. El tratamiento convencional con corticoides e inmunosupresores mantienen estable la evolución en la mayoría de las pacientes. Sin embargo, las nuevas terapias de medicina regenerativa están consiguiendo un avance en la historia natural de esta terrible afección ginecológica.

Los cuidados anteriores al tratamiento con plasma rico en plaquetas suponen mejorar las expectativas en la eficacia del tratamiento. La abstención tabáquico y mejorar el soporte nutricional con dieta hiperproteica, y suplementos de ácido hialurónico, colágeno marino y vitaminas y oligoelementos es imprescindible. Suspender el tratamiento con corticoide e inmunosupresores unos días antes, incluso evitar la medicación con AINES, que interfieren con las plaquetas es mandatorio. Asociar hidratantes como el aceite de coco y cremas con estrógenos ayudan al tratamiento inicial.

Una vez realizado el tratamiento, para mantener una evolución libre de síntomas lo más duradera posible, se requiere de mucha paciencia y dedicación por parte de la paciente para su cuidado diario de la zona afectada. Geles regeneradores de vitamina E y factor de crecimiento epidérmico soluble estable son muy útiles. La carboxiterapia, insuflaciones de gas CO2 periódicas para mejorar la microcirculación y oxigenación de los tejidos es vital. La terapia con luz LED bioestimula la zona DAÑADA, mejorando su trofismo… y sobre todo obligarse a mantener una vida sexual activa con actividades que no produzcan dolor y sean satisfactorias, son en definitiva acciones que debemos orientar a la paciente para que el tratamiento sea más efectivo y determinante en su proceso.

APLICACIONES DEL ÁCIDO HIALURÓNICO EN EL MANEJO DE LA ATROFIA VULVOVAGINAL Y EL LIQUEN VULVAR

Guisantes, Eva.
Hospital de Terrassa.

INTRODUCCIÓN

El líquen escleroso vulvar (LEV) es una enfermedad crónica que afecta a la piel vulvar. Es más frecuente en mujeres en edades cercanas a la menopausia. Tiene una incidencia de 1:1000 mujeres. Se manifiesta como prurito, ardor, placas

blanquecinas, fragilidad cutánea, fisuras, úlceras, dispareunia. Con el tiempo, la enfermedad puede evolucionar a atrofia, esclerosis, fibrosis de la piel vulvar y estenosis del introito vaginal. El LEV suele presentarse en mujeres en la menopausia, por lo que sus síntomas se pueden ver agravados por los cambios que supone el descenso del nivel de estrógenos, que provocan atrofia vulvovaginal dentro del denominado Síndrome Génito-Urinario de la Menopausia (SGM). La causa del LEV es desconocida. Puede asociarse en algunas pacientes con enfermedades autoinmunes.

MATERIAL

El ácido hialurónico (AH) es un tratamiento de la atrofia vulvovaginal que mejora los síntomas relacionados con el LEV. Existen ácidos hialurónicos con diferentes propiedades viscoelásticas que se ajustan a cada área concreta de tratamiento a nivel genital. La inyección de AH es un tratamiento que debe repetirse cada 8-10 meses para pacientes con LEV, es indoloro y se realiza en la consulta.

RESULTADOS

Los efectos de la inyección de AH son aumento de la hidratación de los tejidos, aumento de la lubricación y de la troficidad, mejora de la elasticidad de los tejidos, mejora la atrofia de labios vulvares, reducción del prurito y del ardor, reducción de la dispareunia, del disconfort íntimo y de las alteraciones del pH (lo que previene desequilibrios de la flora bacteriana e infecciones intercurrentes).

CONCLUSIÓN

Los corticoides son el tratamiento de primera línea del LEV, pero el AH es una herramienta terapéutica complementaria que nos ayuda a controlar los síntomas del LEV y reducir la necesidad de corticoides, que a largo plazo tienen efectos secundarios.

LIPOFILLING VULVO-VAGINAL EN EL MANEJO DE PATOLOGÍA VULVO-VAGINAL INFLAMATORIA, TRÓFICA Y TRAUMÁTICA

Fontdevila Font, Joan; Yuste Colom, Marta.

Hospital Clínic de Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La entrevista dirigida sobre la vida sexual de las pacientes del entorno de un servicio de Cirugía Plástica de un hospital universitario, especialmente las pacientes tratadas de cáncer de mama, pone de manifiesto un problema clínico pendiente de resolver. La dispareunia, falta de libido, sequedad vaginal o aparición de lesiones cutáneo-mucosas recidivantes son algunos síntomas que afectan de forma directa a la calidad de vida de estas pacientes. La falta de información junto con una actitud pasiva desde el profesional médico hace que se infradiagnostique esta situación.

Las causas no traumáticas más frecuentes son la atrofia vulvo-vaginal por deprivación estrogénica (biológica o farmacológica) y el liquen vulvar escleroatrófico. Las traumáticas se derivan del intervencionismo durante el parto son típicas de mujeres jóvenes (episiotomías, desgarros...).

OBJETIVO

Iniciamos un estudio prospectivo unicéntrico, en el que mediante una entrevista dirigida detectamos la presencia de algunos de estos síntomas que provocan un empeoramiento en la calidad de vida de nuestras pacientes.

Basados en nuestra experiencia en el manejo de los injertos de tejido adiposo (lipofilling) para otras alteraciones tróficas y secuelas cicatriciales en distintas áreas corporales decidimos emplearlo en esta área como una herramienta útil para mejorar la calidad, elasticidad y volumen de los tejidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las variables principales analizadas son el pH vaginal, el Vaginal Atrophy Score (VAS) II, el Índice de función sexual femenina y el cuestionario de calidad de vida específico para pacientes con antecedente de cáncer de mama (EORTC Quality of Life Questionnaire – Breast 23).

Realizamos un lipofilling sobre vulva (labios menores y mayores, introito vaginal) y vagina (paredes laterales y posterior) mediante la técnica de Coleman con 3 puertos de entrada. Tiempo de seguimiento mínimo de 3 meses. El volumen total dependerá de la compliancia de los tejidos.

RESULTADOS

En el 44% de las pacientes la causa de la atrofia vulvo-vaginal fue la deprivación estrogénica farmacológica (fármacos inhibidores de la aromatasa y Tamofixeno). Un 22% de las pacientes sufrían una deprivación biológica, el liquen vulvar estaba presente en el 22% de las pacientes. El volumen medio de injerto graso fue de 51cc. Todas pacientes presentaron mejora en mayor o menor grado. En un 33% de las pacientes se realizó un segundo tiempo quirúrgico.

DISCUSIÓN

El tratamiento de la atrofia vulvo-vaginal se basa en el uso de estrógenos exógenos, asumiendo el riesgo que implica su uso prologado. En pacientes con antecedente de cáncer de mama no existe una alternativa eficaz. En la bibliografía encontramos algunos grupos que presentan de forma exitosa el tratamiento de neuromas y episiotomías dolorosas

SÁBADO 29 DE FEBRERO DE 2020

mediante lipofilling. El liquen vulvar escleroatrófico se basa en el uso de glucocorticoides tópicos, provocando con su uso prolongado una mayor atrofia de los tejidos.

La colocación del injerto graso en la mucosa vaginal y tejido vulvar atrófico estimula la revascularización del lecho quirúrgico. La presencia de células madre y factores de crecimiento presentes en el lipofilling provoca una mejora en la calidad de los tejidos. El volumen del tejido graso provoca confort en la zona de apoyo, menor exposición del introito vaginal y una mejoría estética.

El lipofilling vulvo-vaginal puede aportar una mejoría estable y duradera en la calidad, elasticidad y volumen de los tejidos mejorando la funcionalidad y sintomatología de estas pacientes.

RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS EN ÁREA VULVOVAGINAL

García Bernal, Francisco.

Mutualia.

El área vulvovaginal puede ser asiento de distintos tipos de patologías de diversos orígenes (infeccioso, traumático, degenerativo, tumoral, etc.). En ocasiones, bien porque el tratamiento obliga a la resección de tejido, o bien o como consecuencia del tratamiento (retracción cicatricial o tras radioterapia por ejemplo), existen defectos importantes de tejidos.

Dichos defectos pueden ser manejados mediante curas dirigidas, proceso de curación que puede ser lento, doloroso y fuente de complicaciones (retracciones cicatriciales, fistulas, retraso en el inicio de tratamientos coadyuvantes, etc.).

Mediante la transferencia de tejidos vascularizados en forma de colgajo, es posible reconstruir estos defectos en un solo tiempo. La técnica a realizar deberá ser individualizada para cada paciente y diversos factores condicionarán su elección (tamaño y la localización del defecto, disponibilidad de zonas donantes, hábito del cirujano...) y realizado por equipos multidisciplinarios (ginecología, urología, cirugía general, etc.).

Presentamos nuestra experiencia en el manejo de defectos en área vulvovaginal tras resecciones oncológicas con distintas técnicas de colgajos loco-regionales.

09.00 – 10.30 T9: ELECCIÓN Y AJUSTE DE LA SILLA DE RUEDAS Y COJÍN PARA PACIENTES CON RIESGO DE DESARROLLAR UPP
Sala Las Palmas I

ELECCIÓN Y AJUSTE DE LA SILLA DE RUEDAS Y COJÍN PARA PACIENTES CON RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN

Tasies Rubio, Sonia[1]; Castillo, Eulàlia[2].

[1]Institut Guttmann de Barcelona; [2]Mestres.

Las personas con movilidad reducida que utilizan la silla de ruedas para sus desplazamientos pueden sufrir una alteración en la sensibilidad y como consecuencia dificultad para percibir el dolor isquémico. Por este y otros motivos tienen un elevado riesgo de padecer ulceras por presión a lo largo de su vida.

La presión juntamente con el cizallamiento y la fricción son una de las principales causas de este tipo de complicaciones.

La mayor parte de las úlceras por presión relacionadas con la sedestación se localizan en zona sacra e isquiática y con menor frecuencia en la zona de los trocánteres.

Uno de los factores que puede causar presión en estas zonas es la mala adaptación de la silla de ruedas y del cojín.

Este es uno de los motivos de la importancia de la correcta elección de la silla de ruedas y del cojín y la correcta adaptación de estos a la persona usuaria.

En esta sesión se propone mostrar los diferentes modelos de silla y cojines usados más habitualmente y cuáles son los aspectos que se deben tener en cuenta para adaptarlos correctamente a la persona.

Para tratar estos temas se dividirá la sesión en dos partes; una teórica donde se especificarán las diferencias entre sillas, adaptación de las diferentes partes que la componen, así como diferentes materiales de los cojines y como estos influyen en la aparición de lesiones.

Y otra parte práctica donde el participante podrá observar mediante el uso de un mapa de presiones la diferencia en la presión que se ejerce sobre la zona glútea con una silla y cojín adaptados a las medidas de la persona y una que no lo está.

Con el mapa de presiones se obtiene una imagen de las zonas que sufren más presión durante la sedestación, representada

por una gama de colores que indican que niveles de presión se pueden considerar aceptables y cuales suponen un riesgo por presión excesiva.

A partir de esa imagen se realizan las modificaciones pertinentes tanto en el cojín como en la silla para reducir al máximo la presión durante la sedestación.

10.30 – 12.00 MR8: NURSING NOW 2020: LIDERANDO CON COMPROMISO
Sala Zaragoza III-IV

LIDERANDO EL CAMBIO, AVANZANDO EN SALUD

Zabalegui Yarnoz, Adelaida.

Hospital Clínic de Barcelona.

Realizar cuidados de alta calidad es un reto diario de responsabilidad personal e institucional. El liderazgo enfermero debe ejercerse a todos los niveles, incluyendo en la gestión, administración, emprendeduría y la política. También debe ejercitarse en el cuidado directo al paciente, la promoción de la salud, en la prevención de las enfermedades, la educación, la investigación y la innovación. Para alcanzar la efectividad asistencial y profesional, las enfermeras deben tener competencias específicas. Además de los conocimientos adquiridos durante la formación superior, master y doctorado, el líder debe contar con habilidades excepcionales. Los grandes líderes muestran capacidad de dar respuesta a retos crecientes y de manera continua, para ser capaz de alcanzar objetivos más elevados incluso cuando se cuenta con menos recursos y proporcionando soluciones a problemas para colectivos más numerosos, mediante la implementación de nuevos modelos, estructuras y procesos en el cuidado de la salud.

La presentación incluirá los posicionamientos sobre el liderazgo enfermero y los elementos y valores clave de liderazgo,

Además de estos conocimientos y valores, se presentará y abrirá el debate sobre las estrategias del líder.

ABORDAJE DE HERIDAS CRÓNICAS, UN PROCESO AÚN POR RESOLVER, COMPROMISO INHERENTE DE TODAS LAS ENFERMERAS

Martínez Muñoz, Lourdes.

Dirección General del Sermas. Consejería de Sanidad.

En la actualidad, las Heridas Crónicas son un problema en el ámbito de la salud con graves repercusiones a diferentes niveles. Casi un 1% de la población mundial padece una herida con complejidad en su cicatrización, con unos costes asociados de entre un 2% y un 4% de los gastos sanitarios.

Gran parte de estas lesiones se pueden evitar con pautas de prevención adecuadas recomendadas por las Guías de Práctica Clínica (BPSO).

La existencia de consultas de Heridas Crónicas, donde la atención de Enfermería es protagonista central, redundaría en la mejora de los resultados.

En el ámbito hospitalario han ido desarrollándose, especialmente en los últimos veinte años, las “Consultas de Enfermería”.

A finales de 2016 la Gerencia de Cuidados solicitó a las Direcciones de Enfermería de todos los Hospitales de la Comunidad de Madrid información con el objetivo de hacer un análisis de situación.

A la vista de los resultados nos pareció pertinente comenzar con aquellas Consultas Monográficas de Enfermería con clara autonomía organizativa y apertura a Atención Primaria de:

- Consulta de Ostomías.
- Consulta de heridas crónicas.

La consulta de heridas crónicas presta cuidados individualizados a pacientes con deterioro de la integridad cutánea que reaccionan con dificultad a la cicatrización y evolución tórpida.

DESARROLLO DE LOS CUIDADOS AVANZADOS EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON HERIDAS CRÓNICAS COMPLEJAS EN ANDALUCÍA

Lafuente Robles, Nieves.

Servicios Centrales Servicio Andaluz de Salud.

SÁBADO 29 DE FEBRERO DE 2020

En junio 2015, el Servicio Andaluz de Salud, a través de la Estrategia de Cuidados de Andalucía pone en marcha durante dos años un pilotaje para evaluar la efectividad de la Enfermera de Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas (EPA-HCC) en varias zonas de Andalucía. Se desarrolló en distintos contextos asistenciales y situaciones (Atención Primaria (AP) y Hospitalaria) de centros sanitarios de las provincias de Almería, Jaén, Málaga y Granada.

Los resultados de estos dos años de pilotaje parecen concluyentes, tanto para las personas que padecen una HCC y sus familias, como para los sistemas sanitarios, pueden consultarse en varias publicaciones con los resultados: https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-avance-resumen-la-enfermera-practica-avanzada-adecuacion-S1130862119300488?referer=buscador.

El Sistema Sanitario Publico de Andalucía (SSPA) decide apostar por el mantenimiento y extensión de La EPA de HCC en la Comunidad Autónoma. Sabemos por los pilotajes que la EPA-HCC es más eficiente cuando centra su intervención en el entorno comunitario y dirige sus intervenciones a profesionales de AP, de residencias y a las personas en el entorno donde residen, sin que ello excluya a los profesionales del ámbito hospitalario, e independientemente del ámbito donde esté situada físicamente la EPA-HCC (Hospital o AP).

Las enfermeras que se incorporan a la EPA-HCC deben ser profesionales con las competencias reconocidas para cualquier EPA y con conocimiento clínico experto en el abordaje de personas con HCC.

Las competencias que desarrolla la EPA-HCC conlleva una serie de atributos que la definen como una enfermera líder en la complejidad de los cuidados, coordinadora de atención compleja y gestión proactiva de problemas de salud, consultora y referente de aprendizaje, promotora de investigación y motor de cambio a través del liderazgo. Pueden están publicadas en un manual que puede descargarse en el siguiente enlace:

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/epa_heridas_cronicas_complejas.pdf

Respecto del perfil competencial de la EPA-HCC debemos tener en cuenta dos consideraciones: 1) para acceder al puesto se requiere conocimiento experto en el área de cuidados para el que se define, formación específica (acreditada y adquirida mediante formación continuada o posgrado específica) y experiencia clínica (mínimo de tiempo en el área clínica considerada), de tal forma, que puedan asegurarse las competencias mínimas que debería tener la EPA correspondiente; 2) el ejercicio profesional de la EPA-HCC estará sujeto a acreditación continua, por lo que los/las profesionales que realicen su labor en este ámbito tienen a su disposición el manual de acreditación elaborado por la ACSA.

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/Manual-de-Competencias-Enfermero-de-Practica-Avanzada-en-Cuidados-a-Personas-con-Heridas-Cronicas-Complejas.pdf.

Desde el año 2015 los resultados de la puesta en marcha de la figura son innegables, reducción del nº de heridas crónicas, disminución media de 78 días en el proceso de cicatrización, reducción casi en un 40% del gasto en farmacia destinado a apósitos en las zonas donde están implantadas, aumento de la satisfacción de los pacientes y profesionales. Además de los cursos de formación a todos los profesionales de las zonas, generación y difusión del conocimiento a través de proyectos de investigación y tesis doctorales.

En estos momentos se necesario el reconocimiento administrativo de la categoría profesional de Enfermera de Practica Avanzada en la atención a personas con heridas crónicas complejas y la definición de los puestos necesarios para dar cobertura a la población.

10.30 – 12.00 A10: IMPACTO DE LAS CURAS EN LA GESTIÓN DEL PLAN DE TRABAJO ASISTENCIAL DIARIO EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO
Sala Zaragoza II

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y ÚLCERAS POR PRESIÓN EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Peña Pachón, Lucia Inmaculada.
Hospital San Pedro Logroño.

La necesidad de un lenguaje normalizado en la profesión de enfermería viene gestándose desde hace más de 30 años y comenzó en 1973 con el desarrollo de la clasificación diagnóstica NANDA. Con ello se pretendía que la utilización de este lenguaje común por parte de los profesionales de enfermería permitiera documentar nuestra práctica profesional, comparar y evaluar la efectividad de los cuidados suministrados en múltiples situaciones.

Antes de realizar una intervención en un paciente con UPP es necesario una valoración previa que integre aspectos como la presencia de riesgo, características de la ulcera, estado nutricional y patologías asociadas, de modo que conduzca a la formulación de un diagnóstico de enfermería de la situación real o potencial que orientara en la toma de decisiones para su manejo.

El perfil del paciente con UPP que nos encontramos en HAD (Hº San Pedro, Logroño 2018) es:

- Mayor de 70 años.

- Paciente pluripatológico.
- Necesita ayuda para las ABVD.
- Según la escala evrupp Braden más de la mitad presenta un riesgo moderado o alto.
- Presenta UPP Grado 2-3.
- Localización más frecuente en sacro y talón.

Existen diversos instrumentos que permiten valorar el riesgo de aparición de UPP y que nos llevaran a los diagnósticos de enfermería para estos pacientes. Sin embargo hay que tener en cuenta, cualquiera que sea el instrumento usado, debe validarse al contexto para poder aplicarlo, acompañado del juicio clínico del profesional. Aquí hemos empleado la evrupp Braden.

Los Diagnósticos de Enfermería asociados han sido:

00085 Deterioro de la movilidad física
00108 Déficit de autocuidado :baño e higiene
00046 Deterioro de la integridad cutánea
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
00004 Riesgo de infección
00016 Deterioro de la eliminación urinaria
00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades
00132 Dolor crónico

Actualmente la utilización de diagnósticos de enfermería y planes de cuidados en las unidades de HAD se asocia a la implantación de programas que los abarquen en sus sistemas informáticos.

Son las Comunidades Autónomas de Galicia, País Vasco, Cataluña, Valencia y Alicante las tienen asociados programas informáticos con planes de cuidados. A pesar de ello en algunas unidades de HAD los profesionales de enfermería no los están utilizando por no parecerles operativos. Estas unidades y el resto de unidades de las otras provincias tienen como base para el cuidado de pacientes con UPP, protocolos, guías de cuidados e instrumentos de valoración y seguimiento normalizados que les permiten ofrecer unos cuidados de calidad.

Según la bibliografía consultada tenemos que ser conscientes que estos protocolos, manuales de procedimientos y guías clínicas no son suficientes .Según pone de manifiesto una de las líneas de investigación propuesta en la 4ª reunión de la Enfermería Basada en la Evidencia destinada a vincular los sistemas estandarizados de lenguaje enfermero y las evidencias, el uso de intervenciones eficaces utilizando la Taxonomía NANDA supone un reconocimiento seguro de la excelencia y calidad de los cuidados.

Ante esta realidad, los profesionales de enfermería y los diferentes colectivos de enfermería deben perseguir la implantación de sistemas informáticos que les permita utilizar los planes de atención de enfermería de igual forma que se registran protocolos y valoraciones de distintas escalas, para poder conseguir la excelencia y la calidad en el cuidado que nos aporta este sistema estandarizado de trabajo.

VALORACIÓN DE LA CARGA DE TRABAJO Y GESTIÓN DE LAS CURAS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD)

Torres Corts, Ana María.

Hospital Dos de Maig. Consorci Sanitari Integral.

El Servicio de HAD de la Barcelona Derecha trata en el domicilio a pacientes con criterio de ingreso hospitalario por patología médica o quirúrgica. Da cobertura a 3 Hospitales, 16 ABS,4 PADES y 46 centros geriátricos cubriendo una población de 410.000 habitantes. Su horario de atención es de 8 a 20h todos los días, y recibe visita de un miembro del equipo sanitario diaria. Dispone del soporte nocturno del jefe de guardia del Hospital Dos de Maig para consultas telefónicas, y de la Atención Continuada/061 para urgencias presenciales nocturnas. De esta manera el paciente dispone de asistencia telefónica y directa continuada las 24h del día.

El servicio está constituido por 4 facultativas internistas (jefa de Servicio y tres adjuntas) y 8 enfermeras y cuenta con de 30-50 camas según la presión asistencial. En la calle hay diariamente 3 doctoras y 5 enfermeras. Los turnos son de 8 a 15:20 y de 13:30 a 20:50, con una sesión multidisciplinar diaria de 1,5h para comentar el plan terapéutico de los pacientes y organizar los siguientes circuitos de visitas.

SÁBADO 29 DE FEBRERO DE 2020

Una enfermera realiza de 5 a 8 visitas domiciliarias en un turno, según la carga de trabajo de las mismas. La correcta gestión de las curas es imprescindible para el funcionamiento eficiente del servicio, ya que el cálculo de las cargas de trabajo establece el número de pacientes e ingresos que pueden asumirse y la gestión de los recursos humanos.

La carga de trabajo viene definida por la complejidad de los pacientes. El Hospital implementó hace unos años un sistema de cálculo de las cargas de trabajo que está en el sistema informático del hospital y se nutre del monitor del paciente y de la agenda de enfermería. Calcula la carga de trabajo por unidad/servicio y turno y nos suministra un mapa actual y flexible de la intensificación de los cuidados de enfermería para distribuir los recursos humanos polivalentes de cada día. Se basa en el instrumento NAS (Nursing Activity Score 2005), la Parrilla de Montesinos (SNS 1984) y el instrumento PRN (Universidad de Montreal 1990). Contempla 5 áreas de complejidad: PACIENTE/ ORGANIZACIÓN; DEPENDENCIA ABVD; CURAS/CUIDADOS, VIGILANCIA/TRATAMIENTO y EDUCACIÓN/SOPORTE. Los datos asistenciales se traspasan automáticamente al sistema de registro de indicadores del hospital por turno de trabajo, obteniendo un censo y puntuación de la carga de trabajo (mínimo de carga/complejidad por paciente de 8 y un máximo de 28).

Este sistema de cálculo inicialmente no resultaba operativo para la HAD, ya que el área de la Dependencia no afecta a la actividad de enfermería, mientras que no estaba contemplada la ubicación del domicilio, que sí afecta a la gestión por el tiempo de desplazamiento requerido. Se realizó una variación del sistema de cálculo, que permite obtener así la carga de trabajo global del Servicio e individual por paciente.

Gestión de las curas: 2018, 1049 altas, 159 (15%) por heridas, 25% con infección por germen multirresistente. 2019,988 altas, 155 (15%) por heridas, 40% con GMR (Tabla1).

Valorar las cargas de trabajo nos permite evidenciar que los pacientes que están ingresados en HAD son de alta complejidad y que los servicios de HAD son elemento clave en la gestión hospitalaria en dos aspectos: el ahorro de ingresos y el acortamiento de estancias.

CARGA DE TRABAJO EN EL PACIENTE VASCULAR DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Ribalta Reñé, Ramón.

Hospital Universitari Arnau de Vilanova.

El paciente vascular tiene un peso muy importante en cualquier sección quirúrgica de una hospitalización a domicilio, ya que suele tratarse de un paciente pluripatológico (diabetes, HTA, hipercolesterolemia, cardiópata) que en muchos casos “acumula” factores de riesgo cardiovascular y, en otros, además, ha llevado un estilo de vida catastróficamente saludable. Se trata pues de patologías altamente invalidantes y con futuros inciertos que presentan curas complejas y controles evolutivos en unos domicilios que no siempre nos garantizan las condiciones óptimas de trabajo y de recuperación del paciente. A modo de ejemplo cito: desbridamientos, úlceras de evolución tórpida, amputaciones, angioplastias y repermeabilizaciones, pie diabético complicado.

En un servicio como el nuestro atendemos hasta 10 pacientes en su casa, generando la mitad de ellos visitas c/24h y la otra mitad c/48h de media, atendiendo una isocrona geográfica de 20’. Se realizan curas, antibioterapia endovenosa, desbridamientos menores, visita semanal/quincenal del cirujano vascular, prevención de infecciones nosocomiales mediante el alta precoz a casa, se facilita la continuidad de curas con atención primaria, control de medicación y del dolor. Y todo ello llevando el paciente a su entorno familiar cuanto antes sea posible por las ventajas que ese hecho conlleva, como son la recuperación de rutinas, el acompañamiento de personas cercanas, la alimentación y el descanso.

En este tipo de pacientes se precisa mucha educación sanitaria para facilitar la adherencia a los tratamientos y a las pautas de autocuidado, así como lograr un entorno higiénico y salubre. Las curas exigen tiempo y dedicación de recursos humanos y materiales lo cual influye directamente en el equilibrio de la carga general del servicio. Cabe tener muy en cuenta otro tipo de tareas colaterales como son: revisión de resultados analíticos, control de pruebas complementarias, control de medicación, gestión del material de curas, mantenimiento de los vehículos, elaboración y mantenimiento de los kits de material y curas individualizados por paciente.

También destacamos una serie de dificultades técnicas como el despliegue de un campo de curas estéril, sortear espacios incómodos, cargas posturales que provocan bajas laborales, estrés y la conducción de vehículos en sí misma.

A pesar de todo observamos que la educación sanitaria es más efectiva ya que se procuran apoyos que pueden reforzarla de forma continua y la recuperación general es más rápida y apreciada con más optimismo por el mismo paciente. La coordinación con atención primaria suele ser más fluida y rápida ya que contamos con el equipo de gestión de casos y “línea directa” con trabajo social para resolver situaciones que requieran intervención precoz.

En resumen, la asistencia prestada es de rango hospitalario y de calidad aumentada ya que se adapta a las condiciones del paciente y su entorno. El tiempo, los recursos humanos/materiales y las cargas físicas suelen ser el reto diario a superar, sobre todo en aquellos casos que podemos decir son de largo recorrido.

SÁBADO 29 DE FEBRERO DE 2020

10.30 – 12.00 MR9: TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN: ARTE, MITO O CIENCIA
Sala Zaragoza I

ÚLCERAS POR PRESIÓN - MANEJO QUIRÚRGICO - RECIDIVAS - LA MANERA DE PREVENIRLAS

Piñeros Barragán, José Luis.
Hospital Del Trabajador De Santiago De Chile.

Nos referiremos a la Úlceras o Lesiones por presión en pacientes con Lesión Medular, ya que las Lesiones en otro tipo de pacientes en que el apoyo es el agente etiológico, tiene otras implicancias que escapan a esta presentación.

Según la Real Academia Española define Recidiva como la reaparición de una enfermedad algún tiempo después de padecida. El porcentaje de recidivas, en el tratamiento de las UPP, es muy variable, y va desde (4 hasta 25%) según las diferentes experiencias y realidades, dado lo multifactorial de la etiología y sus consecuencias en la evolución de un paciente lesionado medular.

Hay factores a considerar en el aspecto local (localización – tiempo de evolución, condiciones infecciosos de tejido blando y óseo (osteomielitis crónica entre los más relevantes) aspectos generales como estabilización hemodinámica del paciente, estado metabólico y nutricional, nivel del compromiso de la lesión medular, años de evolución de la misma, y el manejo de la espasticidad entre otros.

Analizaremos y evaluamos aspectos pre – intra y post operatorios relevantes para considerar en el tratamiento quirúrgico de una UPP y prevenir la recidiva o recurrencia de las mismas. En el preoperatorio el manejo ya mencionado de infección tanto de tejidos blandos y tejido óseo, es indispensable la resección de todo tejido con vitalidad comprometida, en el aspecto óseo tener en cuenta que si no tiene infección u osteomielitis es indispensable resecar el espolón óseo, en caso de tener clínica o imágenes sugerentes o con diagnóstico de osteomielitis crónico el plano de resección debe ser hasta plano vital, por lo que en ocasiones es necesario realizar uno o varios aseos quirúrgicos previos a realizar la cobertura cutánea definitiva, en este periodo como en buena parte del tratamiento quirúrgico de una UPP, el manejo adyuvante de la presión negativa es primordial, toda vez que nos permite disminuir el recuento bacteriano por gramo de tejido, mantiene humedad necesaria para facilitar el cierre de la herida, nos evita la contaminación de la herida con deposiciones exudados u orina, entre otros beneficios.

En el Intraoperatorio importante considerar la posición del paciente, lo cual es generalmente en decúbito prono o en lateral, considerar el tiempo quirúrgico, medidas de prevención de otras UPP, contar con apoyo de anestesista para tener el paciente en las mejores condiciones posibles, además del uso de la Terapia de presión negativa, y ya en el post operatorio considerar y enfatizar en el cambio de posición del paciente cada 2 horas, todo lo necesario para prevenir la aparición de UPP en otras localizaciones para el cual es indispensable la participación del paciente, de la familia y de todo el equipo multi profesional e interdisciplinario.

Resulta curioso que en el resumen de la presentación sobre el tratamiento quirúrgico de una UPP no hablemos de detalles de las técnicas quirúrgicas, pero es primordial resaltar los aspectos antes señalados para pretender prevenir una recurrencia de esta patología que además de compleja y costosa demanda mucha atención del equipo médico y destacar siempre que son lesión en su gran mayoría totalmente prevenibles.

"HANDS ON" UPP: EVIDENCIA EN PREVENCIÓN Y NUEVAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

Ezzedine Angulo, Aída.
Hospital General de Valencia.

En esta sección vamos a revisar los conceptos clave y recomendaciones para una correcta prevención de las UPP así como algunas de las nuevas tendencias que están reduciendo su incidencia desde el área de rehabilitación. Para ello debemos conocer con detalle los factores que la causan. Entre los factores externos destacan la presión, el más importante, la fricción, la posición, la humedad o sequedad excesivas, e internos como la parálisis o alteración sensitiva, alteraciones del metabolismo colágeno, alteraciones circulatorias o malnutrición.

Las UPP se producen en el paciente con lesión medular de manera prevalente en la fase aguda, en lesiones completas y en pacientes tetrapléjicos, siendo además la mayor causa de reingreso en estos pacientes. Hasta un 33% de los lesionados medulares tienen una o más úlceras grado I y el 13.6 % tienen una úlcera grado III-IV a lo largo de su vida.

Dentro de la prevención la guía NICE de 2014, destaca la necesidad de estratificar el riesgo de aparición de una UPP como pilar fundamental. Todos los pacientes son susceptibles de sufrir una UPP, aunque debemos prestar especial atención a aquellos con reducción significativa de la movilidad o sensibilidad, antecedentes de haber sufrido una UPP previa, déficit nutricional o disfunción cognitiva notable. Es imprescindible hacer uso de las escalas clínicas más relevantes en estratificación de riesgo : Braden scale, Waterlow score o Norton risk-assessment scale. Las recomendaciones generales son: cambios posturales cada 4 o 6 horas, evitar los masajes de la piel, adecuados suplementos nutricionales o

hidratación, sistemas de redistribución de presiones en pacientes encamados o silla de ruedas o en cirugías programadas y la utilización de cremas protectoras. Se aconseja la revisión del National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA): Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries – Clinical practice guideline, 3rd edition (2019) donde se reflejan los niveles de evidencia y grado recomendación para cada una de dichas intervenciones.

En el paciente medular se recomiendan los cambios posturales cada 3 horas, inspecciones de las zonas de riesgo, las pulsiones en la silla de ruedas cada 10 minutos, el uso de cojines y colchones antiescaras, evitar la fricción en las transferencias, mantener flexibles las articulaciones y mantener la piel hidratada y un buen estado nutricional. Aun así existe mínima evidencia en estudios randomizados que apoye la mayoría de estas intervenciones.

Entre las nuevas prácticas clínicas de cara a la prevención de las UPP caben destacar los circuitos ERAS, en auge en este momento. Desde su inicio, los circuitos de recuperación rápida del paciente quirúrgico (Enhanced recovery after surgery - fast track procedures) descritos por el Dr Kehlet (Noruega, años 90) la prehabilitación - una de las áreas que componen este concepto- y todo el proceso de preparación del paciente antes de la cirugía han demostrado con un excelente nivel de evidencia científica la reducción de la estancia hospitalaria, complicaciones posquirúrgicas y costes sanitarios. Entre las complicaciones posquirúrgicas, con una disminución muy significativa se encuentran las úlceras por presión. Estos circuitos, fundamentados en la medicina basada en la evidencia, pretenden mejorar la funcionalidad previa del paciente, la función cardiopulmonar, su estado nutricional y psicológico entre otros, disminuyendo el tiempo de recuperación, el encamamiento y sus complicaciones.

10.30 – 12.00 T10: ABORDAJE DE LAS LESIONES EN PIEL EN EPIDERMÓLISIS BULLOSA
Sala Las Palmas I

CONVIVIR CON EPIDERMÓLISIS BULLOSA

Villa Casasano, Miriam[1]; Salvador Guadayol, Carmen[2].

[1]ONG Debra Piel de Mariposa; [2]Consorcio Sanitario de Terrassa.

La Epidermólisis Bullosa (EB), también conocida como “Piel de Mariposa”, es una enfermedad crónica, hereditaria y por el momento, incurable. Su rasgo característico es la extrema fragilidad de la piel y mucosas (boca, faringe, esófago, intestino, vías respiratorias y urinarias e interior de los párpados y superficie ocular) y órganos anexos como son uñas y cuero cabelludo; y de la formación de ampollas a partir del más leve roce y/o incluso sin motivo aparente.

Todos los tipos de EB dan como resultado la separación de la epidermis y la dermis; la separación exacta depende de qué proteína está defectuosa. Así que, según el nivel donde se produzca la aparición de la ampolla, distinguiremos entre cuatro tipos; EB Simple, EB Juntural, EB Distrófica y Síndrome de Kindler. Y más de 30 subtipos con expresiones de la enfermedad muy distintas (de leves a muy graves).

Es una enfermedad de baja prevalencia (2/100.000) y por eso, en la mayoría de los casos los profesionales no han oído hablar de ella hasta que les llega un paciente con estas características.

El objetivo de este taller es poder darles a conocer esta enfermedad y sus cuidados, en el que el personal de enfermería juega un papel importantísimo, ya que el tratamiento principal es hacer frente a los síntomas, es decir, curar las heridas con los apósitos más adecuados dependiendo de las características de cada herida, mantener bien hidratada la piel y mucosas y la protección de la piel para minimizar la aparición de nuevas lesiones.

De esta forma, los profesionales de enfermería disponen de una serie de competencias que van desde el propio examen físico periódico de los afectados, la identificación temprana de complicaciones asociadas a la EB, como por ejemplo, el inicio de la sindactilia, contracturas, desnutrición, carcinomas, etc, el asesoramiento en los cuidados diarios y la participación activa en el equipo multidisciplinar, hasta la valoración del cuidador principal, aportándole recursos y herramientas para la toma de decisiones en el día a día y la educación sanitaria, pasando por la evaluación de los recursos para dispensar los cuidados.

Así pues, la EB supone un reto para la persona que lo padece, su entorno más cercano y también para los profesionales que se ven involucrados en su atención.

Desde la ONG DEBRA Piel de mariposa expondremos una visión general sobre la enfermedad, centrándonos sobre todo en los cuidados de enfermería, mientras que, de la mano de Carmen Salvador conoceremos la experiencia de una enfermera que ha convivido con la enfermedad.

SÁBADO 29 DE FEBRERO DE 2020

12.30 – 14.00 P2: ¿QUÉ HAY DE NUEVO?
Sala Zaragoza III-IV

QUÉ HAY DE NUEVO EN APÓSITOS?

Alba Moratilla, Carmen.
Hospital Clínico de Valencia.

El cuidado de las heridas crónicas sigue siendo un reto sin resolver, no se pueden abordar desde atención primaria sin equipos interdisciplinares. Los criterios de derivación no están definidos, no se estudia en profundidad por que se cronifican, ni como se gestionan los recursos. Aunque existen guías de consenso de alta evidencia científica, el manejo, tratamiento y seguimiento de estas heridas se basan principalmente en la experiencia clínica, y en métodos cualitativos con un alto nivel de subjetividad, que no son capaces de cuantificar mediante parámetros medibles su evolución. En términos generales el paciente desconoce quién es el profesional responsable de sus cuidados.

Analizando cuales son las barreras para un tratamiento efectivo, coincido con el realizado por Aderibigbe que las clasifica en barreras educativas, organizativas, clínicas y psicosociales.

El conocimiento de la fisiología y la fisiopatología del proceso de cicatrizacion es indispensable. Factores como la etiología que la provoca, y las comorbilidades del individuo, repercuten de manera crítica en su evolución. Ambas cuestiones son las que han de marcar las rutas en el tratamiento y no la publicidad de los nuevos productos que aparecen en el mercado.

Gale y sus colaboradores entre los que estaba el profesor Hugo Partsch describen un sistema de gestión del cuidado de heridas desarrollado empíricamente, *DOMINATE wounds*, que se ha implementado con éxito y proporciona una justificación basada en la evidencia para cada uno de sus componentes, donde el actor principal es el paciente y no el producto que se aplica en la herida.

Por otro lado, el estudio de la evolución de la herida no es del todo claro. La descripción subjetiva tan importante que proporciona la experiencia y el ojo clínico debe de correlacionarse con parámetros medibles como la presencia de infección (UFC), el aporte sanguíneo, características biofísicas locales como el pH, la temperatura y la pérdida transepidérmica de agua (TEWL), el TCPO2 o marcadores como el Lactato, la Glucosa o la presencia de Interleucina-6 (IL-6). Tratar una herida implica abordar todos los aspectos que dificultan su resolución (MEC defectuosa, pH, invasión microbiana y exceso de proteasas). El estudio realizado por Fierheller en 2010, demostró que la medición cuantitativa de la temperatura de la lesión y la piel perilesional proporciona un método confiable para determinar la presencia de infección profunda y de los tejidos perilesionales. En la revisión sistemática realizada por Poder G. en 2017 concluyeron que la medición del pH aparece como el método más sencillo para su uso en la práctica clínica al evaluar el proceso de cicatrización.

Como conclusión de esta exposición y ante la pregunta ¿qué hay de nuevo? y ¿con que te quedas de lo nuevo? considero que es importante modular el Ph de las heridas para reducir la carga bacteriana (biofilm), productos como el agua hidrolizada con un PH de 2,5 (no citotóxicco) puede que represente un antes y un después en el cuidado de las heridas y un cambio radical si podemos medirlo con todos los nuevos biomarcadores que se están desarrollando en la actualidad.

EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR, EN LOS CUIDADOS DE LA PIEL, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS LESIONES

Fidalgo Castañeda, Azucena.
Centro de Referencia Estatal de Discapacidad y Dependencia; CRE San Andrés del Rabanedo.

CRE discapacidad y dependencia del IMSERSO, es un centro especializado y avanzado en investigación, innovación, información y documentación sobre las personas con grave discapacidad en riesgo o situación de dependencia.

Desde enfermería damos gran importancia a los cuidados de la piel por los aspectos negativos que conllevan las UPP. Y sobre porque afecta a la Calidad de Vida.

OBJETIVOS

- Identificar factores de riesgo que producen lesiones en la piel.
- Reforzar la prevención de las lesiones.
- Asegurar la resolución temprana.
- Disminuir la incidencia de UPP.

Desde nuestra experiencia y trabajo diario, tanto el proceso de prevención como curación, requiere la participación de un grupo multidisciplinar. En el centro disponemos de diferentes áreas facilitando el trabajo en equipo.

Trabajamos a partir de cinco pilares.

1. Cuidados de enfermería.

SÁBADO 29 DE FEBRERO DE 2020

- Valoración integral, 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.
- Escala de Braden.
- Valoración médica y de enfermería para identificar los factores de riesgo.
- Intervenciones en prevención y tratamiento de las UPP.

Higiene y control de la exposición a la humedad.

En usuarios dependientes, realización por parte de las OAEs de las ABVD, destacando la actividad baño/aseo, donde se realiza diariamente una inspección de la piel pudiendo detectar cualquier alteración de la integridad cutánea.

En usuarios independientes para la actividad de baño/aseo, será el área de terapia ocupacional quien proporcione las herramientas y pautas necesarias para su correcta realización.

*Servicio de lavandería y limpieza, permiten que la ropa de cama y del usuario este limpia, seca y sin arrugas.

La limpieza en general, es fundamental, evita que aumente el riesgo de infección.

Control de la exposición a la humedad:

- Incontinencia urinaria y/o fecal.

  Enfermería y OAEs, establecen y realizan los cambios de absorbente pautados y siempre que sean necesarios.

  Medicina y Enfermería, valoraran el uso dispositivos para el control incontinencia.

  Medicina, Psicología y Enfermería, trabajan en la reeducación de esfínteres.
- Exceso de humedad por el exudado de heridas, Medicina y Enfermería, realizan la elección de pauta de cura más adecuada.

2. Manejo de la presión.

- Fisioterapia y Terapia ocupacional, valoran la movilidad de la persona, correcto posicionamiento y asesoran sobre terapias y dispositivos necesarios.
- Terapia ocupacional, establece las pautas para la realización de basculaciones o pulsiones en sedestación.
- Terapia ocupacional y Enfermería, valoran el uso de SEMP y/o así dispositivos complementarios.
- Enfermería, programa los cambios posturales, que serán realizados por OAEs.

  Y establecerá regímenes de descanso especiales en función de las necesidades individuales.
- Trabajo social, asesora y realiza los trámites para la adquisición de los productos de apoyo.
- Psicología, ayuda al usuario en la aceptación de las modificaciones.

3. Estado nutricional.

- Medicina, adapta los aportes nutricionales necesarios en cada situación.

  Realizará un estudio de usuarios que requieran colocación SNG, PEG, prescritas por especialistas.
- Logopedia valora problemas en la deglución, establece las terapias necesarias y modificaciones en la dieta.
- Psicología, ayudará al usuario en la aceptación de los cambios.
- Servicio de nutrición y cocina, participan elaborando y ejecutando de las dietas.

4. Formación y educación para la salud.

- Todas las áreas del centro están en formación continua.
- Asesoramiento, realización de jornadas y educación para la salud.

Actualmente en el CRE tenemos una incidencia de UPP del 6%.

¿QUÉ HAY DE NUEVO EN ÚLCERAS VENOSAS?

Reina Gutierrez, Lourdes.

Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid.

La úlcera venosa es la ulcera crónica de extremidad inferior más frecuente. Su incidencia aumenta con la edad afectando al 5% de los mayores de 65 años.

En numerosas ocasiones, los pacientes son tratados de forma paliativa, sin tratar la causa subyacente, con aparición de fibrosis irreversible y fallo de la bomba muscular, lo que conduce a la cronicidad y la recurrencia.

La causa de la úlcera venosa es la hipertensión venosa crónica (HTVC) causada por enfermedad en el sistema venoso superficial (varices), profundo (síndrome postrombótico) o en ambos.

La HTVC puede ser eliminada o disminuida mediante la terapia compresiva efectiva y mediante técnicas intervencionistas en el sistema venoso.

El 40-70% de los pacientes con ulcera venosa tienen reflujo venoso superficial, y por tanto fácilmente corregible.

El 20% de los pacientes con úlcera venosa tienen patología arterial asociada en las arterias de los miembros inferiores.

El objetivo de nuestra actuación debe ser derivar de forma inmediata al paciente con ulcera venosa al especialista en ACV para que haga un diagnostico vascular preciso y temprano.

El cirujano vascular debe realizar una evaluación arterial, que incluya un índice TB, para poder aplicar la terapia compresiva efectiva (>40 mm de Hg) en la primera semana de aparición de la ulcera.

Además, el cirujano vascular debe realizar un ecodoppler venoso para valorar si existe enfermedad en el sistema venoso. En el caso de que el paciente tenga reflujo venoso superficial, en ausencia de enfermedad venosa profunda extensa, debe eliminar dicho reflujo dentro de las dos primeras semanas de aparición de la úlcera.

Con esta actuación temprana y efectiva, con terapia compresiva efectiva en la primera semana, y eliminación del reflujo venoso superficial en las dos primeras semanas, evitaremos la fibrosis irreversible que favorece la recurrencia.

La terapia compresiva efectiva se logra con dispositivos inelásticos, es decir aquellos que tienen un índice de rigidez >10 mm de hg. Y comprenden los vendajes multicomponentes, los sistemas de velcro® autoajustables y las medias de tricotado plano. Son los sistemas de compresión más efectivos ya que producen unas presiones elevadas durante el ejercicio (80-90 mm de hg) iguales a las presiones que tienen las venas de la pierna y del pie durante la bipedestación en los pacientes con ulcera venosa (hipertensión ambulatoria ambulatoria). Estos sistemas inelásticos además son muy seguros y se toleran muy bien porque ejercen bajas presiones durante el reposo (40 mm de hg). Existe un grado de recomendación fuerte basado en Evidencia 1A para el uso de la terapia compresiva efectiva con dispositivos inelásticos para cicatrizar y evitar la recurrencia de la ulcera venosa.

Los avances tecnológicos han conducido a técnicas intervencionistas endovenosas muy poco invasivas, especialmente atractivas en pacientes mayores, frágiles, con comorbilidad o con lesiones en la piel. La reciente evidencia 1A apoya la recomendación fuerte para la eliminación del reflujo venoso superficial en las dos primeras de aparición de la úlcera mediante técnicas endoluminales (endolaser, radiofrecuencia y escleroterapia) asociado a la terapia compresiva efectiva pues se ha demostrado que las ulceras cicatrizan antes y recidivan menos.

El tratamiento intervencionista del sistema venoso profundo mediante *stent* o reconstrucción valvular se realiza en general en casos seleccionados y en centros especializados, aunque la tendencia es ampliar las indicaciones dados los mejores resultados con los nuevos dispositivos.

CUIDADO DE LA HERIDA QUIRÚRGICA EN TRAUMATOLOGÍA

Chaverri Fierro, Daniel.

Hospital MAZ.

La dehiscencia de la herida y la infección del sitio quirúrgico en traumatología son dos entidades temidas por sus devastadoras consecuencias. La presencia de un implante bajo la herida nos obligará en muchas ocasiones no sólo a un simple desbridamiento sino a desbridamientos seriados, a la retirada del implante y al tratamiento de una infección subyacente en forma de osteomielitis.

Para evitar esta temida situación, se han desarrollado estrategias para su prevención (Consenso Philadelphia, 2018) basadas en: 1) La optimización preoperatoria del paciente, 2) La actuación sobre el entorno quirúrgico, 3) La mejora en las variables quirúrgicas y 4) El manejo postoperatorio del paciente, entre lo que se incluye el cuidado de la herida quirúrgica.

Dentro de estas estrategias en cuanto al cuidado de la herida quirúrgica se refiere, hemos de contemplar el cambio de paradigma de la cura seca diaria o cada 2 días hacia el espaciamiento de las curas y la menor manipulación de la herida. Los nuevos apósitos postquirúrgicos nos ofrecen esta ventaja, estableciéndose un debate actual en este campo igual que el que vivimos en su época con la cura en ambiente húmedo dentro de las heridas crónicas.

Se sabe que hay pacientes en riesgo, no solo por su patología de base, sino por la naturaleza de su propia lesión. Así por ejemplo, pacientes con fracturas de meseta tibial, pilón tibial o calcáneo generan grandes problemas de herida quirúrgica y partes blandas secundarios a inflamación y formación de seromas. La terapia de presión negativa incisional ha demostrado ser una terapia a tener en cuenta en estas y otras situaciones.

Por tanto, estamos asistiendo a un cambio de paradigma en el manejo de la herida postquirúrgica en traumatología lo cual abordaremos durante la exposición.

SÁBADO 29 DE FEBRERO DE 2020

¿QUÉ HAY DE NUEVO EN CICATRICES?

Barco, Dídac.
Clínica Corium Dermatology.

En la última década se ha producido un cambio de paradigma en el enfoque terapéutico de las cicatrices, abogando por la intervención temprana con sistemas lumínicos para regular la formación del tejido cicatricial y reducir el riesgo de aparición de atrofia y/o hipertrofia.

En la actualidad se considera que es recomendable aplicar dispositivos lumínicos vasculares y fraccionados ya desde la fase inflamatoria del proceso cicatricial (primeras tres semanas). En esta sesión se mostrarán los artículos de mayor impacto referentes a este tema, haciendo mención especial a las distintas longitudes de onda a aplicar en función del momento evolutivo de la cicatriz.

SESIÓN COMUNICACIONES ORALES 1

27/02/2020 – 16:30 – SALA ZARAGOZA III-IV

O-01

ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE LA UTILIDAD DEL USO COMBINADO DE INJERTOS EN SELLO, APÓSITO INHIBIDOR DE LAS METALOPROTEINASAS Y VENDAJE COMPRESIVO EN ÚLCERAS VENOSAS

Pérez Jerónimo, Laura; Peral Vázquez, Alicia; Recarte Marín, Lorena; Conde Montero, Elena.

CEP Vicente Soldevilla, Madrid.

OBJETIVO

El injerto en sello es una técnica tradicional que utilizamos ampliamente en nuestra práctica diaria, ya que puede acelerar la epitelización de las úlceras venosas. Evaluar el efecto de este procedimiento combinado en el tratamiento de las úlceras venosas

MÉTODOS

Se incluyeron 42 pacientes en seguimiento en consulta ambulatoria de heridas, en los que se realizó injertos en sello en cualquier úlcera venosa, no infectada, incluso aunque el lecho estuviese esfacelado. Se recomendó la inmovilización completa al menos durante 5 días después del procedimiento. La evaluación clínica y las fotografías se realizaron cada 2 semanas durante un período de tratamiento de 12 semanas como máximo o hasta la epitelización completa. El cambio de apósitos y vendaje se realizó 1-2 veces a la semana, en función del control del exudado.

RESULTADOS

Se incluyeron 42 pacientes (19 mujeres y 32 varones, con edad media de 70,62 años) con 51 heridas. El tamaño medio y tiempo de evolución media de las lesiones previas al tratamiento fueron de 5 cm2 (rango: 1-135 cm^2) y 28,8 semanas (rango: 2- 676 semanas) respectivamente. A las 12 semanas de tratamiento, se consiguió epitelización completa en 47 heridas (92%). El tiempo medio de curación fue de 25,3 +/- 12,6 días.

CONCLUSIONES

El uso combinado de injertos en sello, apósito inhibidor de las metaloproteinasas y el sistema de vendaje multicomponente es un tratamiento sencillo y bien tolerado por el paciente, que acelera la cicatrización de la úlcera venosa.

O-02

NUEVO ABORDAJE EN EL TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA HIPERTENSIVA

Montero Mendizabal, Ruben Franklin[1]; Ruiz Capdevila, Jezabel[2]; Diez Esteban, María Eugenia[1]; Sánchez Pérez, Rebeca[3].

[1]Hospital Universitario De Burgos, Burgos; [2]Hospital Nuestra Señora Del Prado, Toledo; [3]Luzan 5 Health Consulting, Madrid.

OBJETIVO

Evaluar una nueva forma de tratar la úlcera hipertensiva.

MÉTODO

Ensayo clínico en dos centros sanitarios fundamentado en los resultados en un estudio prospectivo observacional del mismo equipo.

RESULTADOS

Entre junio de 2018 y octubre de 2019 se reclutaron 17 pacientes hipertensos (11 mujeres) con lesiones de miembros inferiores. Se incluyeron en el ensayo úlceras de características hipertensivas en 21 extremidades inferiores (izquierdas 12) en los Hospitales Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina y el Hospital Universitario de Burgos.

La edad media fue de 75 años (50 – 87).

Se identificó un vaso en el lecho de la úlcera en 14 extremidades (66%). Se encontró relación significativa de este hallazgo en pacientes no diabéticos (p=0,004) y no fumadores (p=0,034). No hubo relación estadística significativa con hipercolesterolemia (n=9) ni insuficiencia renal crónica (n=4).

La mediana del tiempo de evolución de la lesión fue de 4 meses (3 – 24).

La mediana del escala visual analógica del dolor inicial de los pacientes tratados fue 8 (3 – 9).

Se trataron todos los vasos relacionados con las úlceras mediante esclerosis intraluminal ecoguiada con Polidocanol 2%.

Se consiguió remisión del dolor en una media de 2 semanas (1-4) y cicatrización de las lesiones en una media de 3 meses, sin casos de recidiva hasta la fecha.

CONCLUSIONES

Esta nueva aproximación a la úlcera hipertensiva abre una opción terapéutica con resultados prometedores.

SESIÓN COMUNICACIONES ORALES 1

27/02/2020 – 16:30 – SALA ZARAGOZA III-IV

O-03

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN TROMBOFILIA HEREDITARIA POR FACTOR V LEIDEN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Hernández Crespo, Lidia[1]; Dueña Chamarro, Cristina[1]; Álvarez Valbuena, Pilar[1]; Hernández Crespo, Cristian[2].

[1]Centro de Salud Circunvalación, Valladolid; [2]Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

OBJETIVOS

Conseguir la cicatrización completa de las úlceras mediante el abordaje multidisciplinar.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo mediante exposición de caso clínico y revisión de la literatura.

Varón, 46 años. Alérgico a látex. Fumador activo. Antecedentes de tromboembolismo pulmonar, trombosis venosa profunda y cardiopatía isquémica. Insuficiencia venosa izquierda. Diagnosticado de trombofilia hereditaria por Factor V Leiden heterocigótico en 2005. Actualmente en tratamiento crónico con Sintrom y medias de compresión.

Visto por primera vez en consulta de Enfermería de Atención Primaria por úlcera venosa en extremidad inferior izquierda el 10/10/2018. Tras diversas curas y ante la progresiva aparición de más úlceras se deriva a Cirugía Vascular donde se diagnostica de Síndrome Postrombótico y se modifica el tratamiento medicamentoso. Se añade Pentoxifilina, entre otros, y se cambia compresión a medias Ulcer Care. Desde la modificación del tratamiento no aparecen nuevas úlceras, respondiendo adecuadamente a las curas, hasta su cierre el 15/03/2019.

Recidiva en agosto de 2019. Acude con úlcera de 2mm de diámetro. Evolución similar, apareciendo nuevas lesiones. Se deriva a Cirugía Vascular que reinicia el tratamiento con Pentoxifilina cesando la aparición de nuevas heridas. Actualmente en resolución.

RESULTADOS

En el primer caso se consiguió la resolución total de las lesiones en cinco meses. Segundo episodio pendiente de resolución con buena evolución actual.

El paciente continúa fumando a pesar de las reiteradas recomendaciones para el cese del hábito tabáquico.

CONCLUSIONES

El abordaje multidisciplinar de las heridas es clave en la mejor evolución de las mismas, así como en su pronta resolución.

O-04

TRATAMIENTO CON VENDAJES DE BAJA ELASTICIDAD DE ÚLCERAS RECIDIVANTES EN MIEMBROS INFERIORES. CASO CLÍNICO

Rituerto Cuerdo, Juana[1]; López Nogales, Teresa[1]; Pascual De La Fuente, Belén[1]; López De Castro, Carlos Alberto[1]; De La Cruz Maeso, Cristina[1]; Sastre García, Marta[1]; Gómez Gómez, Jose[1]; Alcaide Carrillo, David[2].

[1]Unidad de Heridas de Segovia, Segovia; [2]Hospital de Baza, Baza (Granada).

Paciente que presenta úlceras en miembro inferior de alrededor de 32 años de evolución, según episodios referidos en su historia clínica. A su llegada presenta lesiones colonizadas y en miembro inferior derecho una de ella presenta exposición ósea de tibia.

OBJETIVO GENERAL

Abordar las lesiones en miembro inferior hasta el cierre completo.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Instaurar una pauta compresiva para abordar la insuficiencia venosa crónica.

Instruir al paciente en materiales de compresión y educación en estilos de vida que eviten las recidivas.

METODOLOGÍA

Se emplean sistemas de baja elasticidad, dada la movilidad del paciente, así conseguimos que lesiones estancadas y no características de lesiones venosas, evolucionen favorablemente dada la complicación de base presente. Así mismo se llevó a cabo terapia de cura en ambiente húmedo y antibioterapia para tratar las lesiones.

RESULTADOS

Se consiguió el cierre total de las lesiones usando solamente 3 kit de vendaje (El kit consiste en dos vendas de 8 cm x 5 m y dos vendas de 10 cm x 5 m para cada pierna) durante todo el tratamiento.

Se volvió a presentar recidiba tras cierre, incluso utilizando medias de compresión, por lo que se optó por los sistemas de vendaje para mantener la estabilidad clínica y la integridad tisular, educando a los familiares y con seguimiento por Atención primaria.

CONCLUSIONES

El sistema de baja elasticidad (Alta rigidez) se comporta como un sistema seguro, que permite la contención del gemelo mandando impulsos hacia el interior.

O-05

MANEJO DEL DOLOR CON SEVOFLURANO TÓPICO DURANTE LA CURA DE HERIDA CRÓNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Gómez Gómez, Esther; Lago González, María; Manzanedo Basilio, Lucía; Perucho López, María Del Carmen; Navarro Pérez, Marta; Diez Baranda, Fátima.

Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

OBJETIVO

Evaluar el uso tópico del sevoflurano como método de analgesia en el tratamiento de heridas crónicas.

MÉTODO

Se describe el caso de una mujer de 71 años con diagnóstico principal de sepsis de foco cutáneo provocada por infección de úlcera arterial en miembro inferior derecho, ofreciéndose como único tratamiento la exéresis supracondílea.

Se administraron diferentes clases de opioides y benzodiazepinas para controlar el dolor durante las curas, respondiendo con un síndrome emético severo, como consecuencia, se decidió tratamiento con Sevoflurano tópico de forma compasiva.

Se monitorizó como constante habitual el dolor a través de la escala EVA y la capacidad funcional con la escala de Barthel.

RESULTADOS

El sevoflurano mejoró el dolor antes y después de las curas consiguiendo llegar a suspenderse el tratamiento analgésico. La paciente pasa de un EVA de 10 a 0-2/3 y de un Barthel de 10 a 60 por lo que aumentó su grado de independencia y mejoró su calidad de vida.

Finalmente la reducción del dolor, la buena evolución de la cicatrización y la disminución del tamaño de la úlcera desestimó la amputación del miembro.

CONCLUSIONES

El nuevo uso tópico del sevoflurano disminuye el dolor durante las curas de heridas crónicas permitiendo realizar una limpieza y un cuidado integral mejorando la relación paciente-personal sanitario.

Creemos necesario realizar y difundir investigaciones y publicaciones científicas que evidencien además el poder bactericida y cicatrizante para facilitar su uso, mejorar la accesibilidad de este tratamiento, la continuidad de cuidados, la seguridad del paciente y del personal sanitario.

O-06

UTILIDAD EN EL CONTINUUM DE LA INFECCIÓN DE UN APÓSITO HIDRÓFOBO CAPTADOR DE MICROORGANISMOS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Sainz-Espiga Michelena, Izaskun[1]; Sierra Alonso, Francisco Javier[2]; Sánchez Hernández, Monica[3].

[1]C.S Buitrago Lozoya, Buitrago lozoya; [2]C.S Las Aguilas, Madrid; [3]Hospital Puerta De Hierro, Majadahonda.

OBJETIVO

La presencia de microbios en heridas se describe como una secuencia continua que va desde la contaminación hasta la infección.

Se pretende comprobar la eficacia de un apósito no medicado de captación microbiana hidrófoba en una úlcera de EEII infectada.

El apósito funciona por mecanismo físico que permite el manejo de la biocarga dentro del continuum de la infección en todas las fases de la herida. Al no contener antimicrobianos activos no provocan resistencias permitiendo un tiempo ilimitado de tratamiento.

SESIÓN COMUNICACIONES ORALES 1

27/02/2020 – 16:30 – SALA ZARAGOZA III-IV

MÉTODO

Úlcera de EEII traumática con afectación tisular grado II con claros signos de infección y de 1 año de evolución en una paciente con Alzheimer.

Tras limpieza y desbridamiento aplicamos dicho apósito en mecha y un apósito secundario formador de gel para gestión del exudado durante 1 mes. En fase proliferativa, para prevenir infección, se aplica un apósito de colágeno nativo para remodelar la matriz extracelular junto con el apósito hidrófobo no medicado para prevenir la formación temprana de biopelículas y apósito secundario de foam hasta resolución.

RESULTADOS

La úlcera cicatriza en dos meses sin complicaciones. Los signos de infección desaparecen en 1 mes. En fase proliferativa se evidencia la granulación y epitelización desde niveles profundos a superficiales.

CONCLUSIONES

Este tipo apósito permite tratar con seguridad todos y cada uno de los momentos del continuum de la infección: previene en estadios de contaminación y colonización e intervine en infección subclínica o instaurada. Asegura la disminución de complicaciones relacionadas con la formación de biopelículas acortando los tiempos de cicatrización.

SESIÓN COMUNICACIONES ORALES 2

27/02/2020 – 16:30 – SALA ZARAGOZA II

O-07

UPP EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Peña Pachón, Lucia Inmaculada; Ruiz Armas, Ana Pilar; Marco Galilea, María Inmaculada.

Hospital San Pedro, Logroño.

OBJETIVO

Determinar prevalencia e incidencia de UPP en pacientes ingresados en HAD.

Describir el riesgo de aparición de UPP mediante Escala Braden.

Conocer el estadiaje y localización de las lesiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo longitudinal tomando como población a los pacientes ingresados en HAD del 11 de septiembre de 2018 al 25 de enero de 2019.

RESULTADOS

La población estudiada fue de 474 pacientes. Se identifican 67 upp (14.1%).

De estos pacientes el 55,2% fueron hombres y 44,8% mujeres, con edad media de 77 años.

Se utilizó la evrupp Braden como indicador de riesgo al ingreso en HAD, el 38,8% presentaba riesgo alto, 19,4% riesgo moderado y 41,7% riesgo bajo de presentar UPP.

Relacionado con el estadiaje aparecen 12 pacientes con UPP grado I, 24 grado II, 23 grado III y 6 grado IV. Localizaciones sacro (22), talón (19), trocanter (9), maleolo (7), pie (4), isquión (2), codo (2), escapula (1) y pierna (1).

La incidencia de UPP fue de 1,4%.De ellos 84% era mayor de 80 años. El 50% presentó riesgo alto y el otro 50% riesgo moderado.

CONCLUSIONES

De los pacientes con upp el 41,7% presentó un riesgo bajo en evrupp en el momento de ingreso. Lo asociamos a la mejoría y estabilidad del proceso patológico en el momento de ingreso en HAD.

La incidencia de nuevas lesiones se asoció a un empeoramiento del estado general durante la estancia en HAD.

SESIÓN COMUNICACIONES ORALES 2

27/02/2020 – 16:30 – SALA ZARAGOZA II

O-08

CONSENSOS SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS EN EL PACIENTE TERMINAL, QUÉ HACER

Pastor Orduña, María Isabel[1]; Martorell Matoses, Salvador[2]; Palomar Llatas, Federico[2].

[1]Escuela De Doctorado Universidad Católica De Valencia, Valencia; [2]Consorcio Hospital General Universitario Valencia, Valencia.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo y el manejo de la úlcera por presión tienen un significado particular en los cuidados paliativos y al final de la vida debido a la prevalencia de problemas de movilidad y y la insuficiencia orgánica de la piel, las enfermedades crónicas y al final de la vida. La finalidad del cuidado de una úlcera es reducir o eliminar el dolor, el olor y la infección y permitir un ambiente que pueda ayudar a promover el cierre de la úlcera, así como mejorar el auto concepto del paciente. Es importante conocer los últimos artículos escritos al respecto de cómo abordar el tratamiento del paciente y de su herida en el contexto de una muerte inminente.

OBJETIVOS

Conocer la última literatura de consenso sobre el mejor abordaje de las UPP en el paciente terminal; y evaluar la calidad y producción de dicha literatura.

METODOLOGÍA

Mediante la el método PICO se plantea la pregunta de investigación "¿Cúal es el abordaje más idóneo en el tratamiento de las úlceras en el paciente terminal? Se realiza una búsqueda en las bases de datos Pudmed, Science Direct, Iliacs, Medline y Scielo mediante vocabulario controlado. Se obtienen 5 artículos.

RESULTADOS

La totalidad de los artículos son de origen anglosanjon, y están publicados desde 2004 a 2015. En la mayoría, coinciden en las claves del tratamiento especial de las úlceras en el paciente al final de la vida, como el tratamiento del dolor y el olor, la infección y el exudado; y la piel perilesional.

O-09

MICROINJERTOS CUTÁNEOS Y SEVOFLURANO TÓPICO EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS CRÓNICAS: NUESTRA EXPERIENCIA Y REVISIÓN DE SUS APLICACIONES

Lledó Carballo, Alejandro; Horcajada Reales, Celia; Crespo Moreno, Agustin; Gamonal Arroyo, Alicia; Romero Rodriguez, Carmen; Borbujo, Jesus Manuel; Martinez Lopez, Maria Elena; Olarra, Jose.

Hospital Universitario De Fuenlabrada, Fuenlabrada.

OBJETIVO

Los microinjertos cutáneos o en sello son un recurso utilizado en heridas crónicas para promover la cicatrización y reducir el dolor. Recientemente se ha descubierto el potencial beneficio de las irrigaciones de sevoflurano, sin estar contrastada aún la evidencia de su uso combinado.

Presentamos nuestra experiencia del tratamiento con microinjertos cutáneos y las irrigaciones de sevoflurano en pacientes con heridas crónicas en miembros inferiores y revisar la evidencia disponible sobre su uso combinado.

MÉTODO

Se recogen retrospectivamente los datos de los pacientes con heridas crónicas en miembros inferiores tratados con microinjertos en combinación o no con sevoflurano tópico como uso compasivo en el quirófano de dermatología de nuestro hospital y que tengan al menos 4 meses de seguimiento desde el procedimiento. Se recoge la bibliografía al respecto del uso de ambas técnicas.

RESULTADOS

Se presentan 9 pacientes con úlceras de diferentes etiologías. Todos ellos fueron tratados con microinjertos y 3 de ellos además con irrigaciones de sevoflurano. Todos mejoraron de forma notable del dolor y cicatrizaron en el plazo de 1-3 meses, salvo un éxitus por otro motivo.

CONCLUSIÓN

Los microinjertos han demostrado ser muy efectivos para promover la epitelización de heridas de múltiples etiologías. El empleo combinado con irrigaciones de sevoflurano repetidas previas puede mejorar el lecho de la herida y favorecer el prendimiento de los injertos, además de contribuir a disminuir el dolor. No obstante, los beneficios de su combinación y su protocolo óptimo de empleo aún deben ser bien definidos con nuevos estudios clínicos.

SESIÓN COMUNICACIONES ORALES 2

27/02/2020 – 16:30 – SALA ZARAGOZA II

O-10

¿QUÉ HAY DE NUEVO EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN? ABORDAJE BASADO EN LA EVIDENCIA PARA LAS RECOMENDACIONES AL PACIENTE Y EL MANEJO MÉDICOQUIRÚRGICO

Sánchez García, Alberto; Salmerón González, Enrique; García Vilariño, Elena; Trapero Ovejero, Ana; Alonso Carpio, Miriam; Pérez García, Alberto.

Hospital La Fe de Valencia, Valencia.

Las úlceras por presión constituyen una patología frecuente y de notoria importancia clínica dada la morbimortalidad asociada que presentan. Se calcula que, en España, la prevalencia de úlceras por presión en pacientes ingresados en el hospital es de un 8'8%. El abordaje de éstas ha sufrido variaciones a lo largo de los años, pasando de una visión centrada en los cuidados de la úlcera ya establecida a un manejo multidisciplinar enfocado hacia las medidas preventivas y las recomendaciones de cuidado al paciente.

No obstante, siempre ha existido un escaso consenso y un insuficiente respaldo de la literatura científica acerca de las recomendaciones y medidas explicadas a los pacientes, así como del manejo de las lesiones ya establecidas. Así, no existe un acuerdo uniforme acerca de las curas empleadas, las indicaciones de la cirugía y las técnicas que deben realizarse.

Por ello, en la presente comunicación realizamos una revisión sistemática de la bibliografía existente a este respecto, y planteamos varios algoritmos de enfoque de estas lesiones en varios niveles de la atención sanitaria. Nuestro objetivo es el de homogeneizar los abordajes terapéuticos, incorporando los avances que la investigación proporciona.

O-11

¿QUÉ GRADO DE MOTIVACIÓN TIENEN LOS REFERENTES DE CURAS EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE BARCELONA?

Baltà Domínguez, Laura[1]; Megino Escobar, Sofia[2]; Molina Villalobos, Laia[3]; Molina Carrillo, Ruben[4]; Garcia Arcos, Elvira Rosario[5]; Sánchez Pinacho, Lourdes[6]; Hernandez Aguilera, Alicia[6]; Borras Gallart, Enriqueta[7]; Del Val García, José Luis[8].

[1]EAP Besós, Barcelona; [2]EAP La Sagrera, Barcelona; [3]EAP Montnegre, BARCELONA; [4]CAP Pare Claret, Barcelona; [5]EAP Encants, Barcelona; [6]EAP Chafarinas, Barcelona; [7]Gerència Territorial Barcelona Ciutat, Barcelona; [8]Gerència Territorial De Barcelona, Barcelona.

El objetivo de nuestro estudio es conocer el grado de motivación de los referentes de heridas de Atención Primaria de Barcelona Ciudad.

MÉTODO

Estudio observacional trasversal a través de una encuesta anónima autoadministrada que consta de doce preguntas.

Se contemplaron cuatro dimensiones: interés, conocimientos, actividades propias de enfermería y docencia.

El universo muestral fueron todos los referentes de heridas de Barcelona ciudad y el trabajo de campo se realizó en enero de 2019.

RESULTADOS

Se obtuvieron de 47 encuestas de referentes de heridas de Barcelona (tasa de respuesta del 81%).

Los resultados que se consiguieron fueron que el 95,7% de los referentes tienen interés por serlo, pese a que la gran mayoría (46,8%) eran elegidos por la dirección del equipo. Asimismo el grado de motivación varía entre un 7-8 (51,1%) y un 9-10 (40,4%).

Por otro lado, el 45,2% encuentra limitaciones para desarrollar sus objetivos como referente, destacando que la mayoría (90,9%) describen como motivo principal la falta de tiempo dentro de su horario laboral.

CONCLUSIONES

La mayoría de los referentes de heridas de Barcelona manifiestan una gran motivación para realizar su función aunque verbalizan falta de tiempo y de formación. Este estudio nos sirve como punto de partida para ver las necesidades de los referentes de heridas e implementar/estructurar planes de mejoras.

SESIÓN COMUNICACIONES ORALES 2

27/02/2020 – 16:30 – SALA ZARAGOZA II

O-12

ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA DE SKIN TEARS (DESGARROS CUTÁNEOS) EN RESIDENCIA PRIVADA

Antón Contreras, Ana.

Residencia San Fernando, San Ildefonso o La Granja (Segovia).

OBJETIVOS

General:

- Analizar la prevalencia de Skin Tears (ST) en Residencia Privada.

Específicos:

- Identificar y clasificar los ST.
- Elaborar un protocolo para establecer medidas de prevención y tratamiento.

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo. La recogida de datos se llevó a cabo desde enero de 2019 a julio de 2019 con una muestra de 152 personas.

Se consultaron páginas web de referencia como la ISTAP, WOUNDS INTERNATIONAL y WOUNDS CANADA.

Se diseñó un registro específico “ad hoc” incluyendo características propias de los ST para la inclusión y categorización de las lesiones.

Previa la recogida de datos se llevó a cabo formación para cumplimentar el registro, la identificación y clasificación de los ST según clasificación ISTAP.

RESULTADOS

Durante este periodo se registraron 84 ST en 36 personas, 25 mujeres (69,5%) y 11 hombres (30.5%), con una edad media de 88,7 años. La prevalencia es del 55%.

Todos ellos categorizados según clasificación ISTAP: 33 lesiones de categoría 1 (39%), 41 de categoría 2 (49%) y 10 de categoría 3 (12%).

En cuanto a la localización: 37 lesiones fueron en antebrazo y codo (44%), 5 en manos (6%), 40 en miembros inferiores (47.6%) y 2 en otras (2.4%).

CONCLUSIONES

- La prevalencia de ST en nuestro Centro es mayor que la de LPP.
- La alta prevalencia de ST hace necesario la implantación urgente de un protocolo para identificar las personas con riesgo y aplicar medidas preventivas y de tratamiento.

O-13

ASUMIR PACIENTES AGUDOS EN EL ÁMBITO DEL DOMICILIO CON UN ALTO GRADO DE SATISFACCIÓN: ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD)

Sánchez Martos, Eva Angeles[1]; Torres Cots, Anna[2]; Fernandez Ros, Marta[1]; Sannicolas Pareja, Minerva[1]; Altayó Mateu, Giorgina[1]; Terren Puig, Gema[3]; Gracia Aso, N[3]; Servan, M. Dolores[4]; Gutierrez Danti, Carla[1]; Alfonso De Pablo, Natalia[1].

[1]Hospital Universiatrio Parc Tauli de Sabadell, Sabadell (Barcelona); [2]CS Dos de Maig, Barcelona; [3]Hospital Royo Villanova, Zaragoza; [4]H.U. San Pedro, Logroño.

La Hospitalización a Domicilio (HaD) es una alternativa a la hospitalización convencional entre los pacientes con patologías agudas. Durante el ingreso en HaD recibe visitas médicas y de enfermería. La medición de la calidad percibida por los usuarios es un objetivo clave. Se ha definido la calidad como “aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias” [1]. El SERVQHOS-E es un cuestionario que mide la calidad percibida con una fiabilidad de Alfa de Cronbach del 0.96 [7, 8,9]. Hipótesis: Los pacientes de HaD reciben el tratamiento en el ámbito del domicilio con un alto grado de satisfacción.

OBJETIVO

Conocer la asistencia recibida y grado de satisfacción de los pacientes ingresados en las unidades de HaD.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo descriptivo longitudinal multicéntrico en el que se tuvo en cuenta toda la población que ingresó diariamente en los servicios de HaD, durante seis meses, en las instituciones hospitalarias participantes. Dadas las características de nuestra unidad se creó un instrumento medidor partiendo del cuestionario de calidad percibida SERVQHOS-E de Barragán y Manrique. También se midió la asistencia recibida.

SESIÓN COMUNICACIONES ORALES 2

27/02/2020 – 16:30 – SALA ZARAGOZA II

RESULTADOS

El 97,3% de los pacientes recomendaria este servicio. La calidad sanitaria ha sido mucho mejor de lo esperado en el 82%.

CONCLUSIONES

Se pueden asumir tratamientos complejos en HaD. Los pacientes agudos tienen la posibilidad de cambiar la habitación del hospital por la de casa con un alto grado de satisfacción. Se puede conseguir también un ahorro económico asistencial y de infraestructuras.

SESIÓN COMUNICACIONES ORALES 3

27/02/2020 – 16:30 – SALA ZARAGOZA I

O-14

FACTORES ASOCIADOS A UN AUMENTO DE COMPLICACIONES EN LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA EN PACIENTES BRCA POSITIVAS

Vanaclocha, Nieves; Ripoll Orts, Francisco; Moreda Rubio, María Luisa; Sánchez García, Alberto.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

OBJETIVOS

La cirugía reconstructiva en pacientes con mutación BRCA positiva es cada vez más frecuente. Es limitada la evidencia disponible acerca de su tasa de complicaciones y qué factores aumentan dicha tasa. El objetivo de este estudio fue identificar predictores de complicaciones de esta cirugía.

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico de todas las pacientes BRCA+ cuyas mamas se reconstruyeron mamaria inmediata o tardía durante 5 años (enero 2013 - marzo 2019). Se recogieron factores demográficos y técnicos de las historias clínicas para analizar su posible relación con la aparición de complicaciones.

RESULTADOS

De un total de 154 mamas reconstruidas (en 76 pacientes), la técnica quirúrgica más frecuente fue la mastectomía ahorradora de piel y pezón (74,7%), seguida de la reconstrucción inmediata con un implante de volumen fijo (87,0%). En un caso, se encontró un tumor como hallazgo incidental en la pieza resecada. Durante una mediana de seguimiento de 69,4 meses (2,31 años), no se observó ningún caso de recurrencia ni malignidad de novo. En el modelo de supervivencia de fragilidad, el tabaquismo (p = 0,030, HR 2,02) y el aumento de la edad (p = 0,046, HR 1,04) fueron predictores de complicaciones. Esto apoya los resultados de otros estudios. Es esperable que la optimización prequirúrgica de los pacientes al cambiar positivamente los factores modificables (abstinencia tabáquica) reduzca el riesgo de complicaciones posquirúrgicas.

CONCLUSIONES

Fumar es el factor modificable más importante asociado con un aumento en la tasa de complicaciones de la cirugía reconstructiva en pacientes con mutaciones del gen BRCA.

O-15

MANEJO Y EDUCACIÓN SANITARIA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS PORTADORES DE DRENAJE, EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Ribalta Reñé, Ramón; Riera Granados, Núria; Mías Carballal, Mª Carmen.

Hospital Universitario Arnau De Vilanova, Lleida.

OBJETIVO

Actualizar el conocimiento, manejo y autocuidado de drenajes en pacientes dados de alta a domicilio, prestando especial atención al tipo de educación sanitaria utilizada, facilitando la comprensión de las patologías, de dispositivos instaurados y de su correcto mantenimiento, potenciando el autocuidado.

MÉTODO

Se han revisado los casos con drenaje durante el año 2018, se han establecido pautas de tipo de lenguaje para facilitar y simplificar la comprensión de los dispositivos, sus características, funciones y normas de mantenimiento. Se han proporcionado trípticos elaborados específicamente para nuestro servicio donde se explican las curas con algoritmo de resolución de problemas. Se evalúa de forma diaria la comprensión del proceso, la ansiedad generada, el dolor, las constantes vitales, las complicaciones y su abordaje.

RESULTADOS

Se han estudiado 55 pacientes. Tipos de drenaje: 13% Blake, 5% biliar interno-externo, 47% pig-tail, 22% subcutáneo, 5% sonda tipo Foley, 7% torácico. El manejo domiciliario de los drenajes se ha realizado con éxito, con buen nivel de comprensión y colaboración por parte del paciente y su cuidador. Los primeros días de ingreso domiciliario han requerido más esfuerzo y dedicación profesional, que más adelante se ve compensado por el espaciamiento de visitas y la confianza del paciente en sí mismo y en el personal que le atiende. Se ha utilizado la consulta externa como punto de apoyo en el seguimiento de cada caso.

CONCLUSIONES

Los pacientes normalizan sus rutinas, en casa, con su familia, con más autonomía, reduciendo su grado de ansiedad. El índice de complicaciones es suficientemente bajo como para compensar el esfuerzo domiciliario inicial en cuanto a educación sanitaria y prevención de las mismas.

O-16

ANIMALES QUE DEJAN HUELLA

Armayor Prado, Mónica; Carnero López, Susana; Álvarez Menéndez, Lucía; Miranda Areces, Graciela.

Hospital Universitario Central De Asturias, Oviedo.

OBJETIVOS

Dar a conocer la evaluación y el enfoque terapéutico de las *mordeduras de animales y humanas* tratadas en nuestro hospital.

MÉTODO

Describir la *evaluación y el manejo* de estas lesiones siguiendo este índice:

- Evaluación clínica.
- Manejo. Preparación y cierre.
  - Tratamiento local.
  - Tratamiento quirúrgico.
  - Profilaxis antibiótica.
  - Inmunización.
- Complicaciones.
- Actividades preventivas

RESULTADOS

Una correcta evaluación de las heridas por mordeduras, así como su adecuado enfoque terapéutico *evita complicaciones y posibles secuelas* durante el proceso de curación.

CONCLUSIONES

Las mordeduras de humanos y otros mamíferos (principalmente perros y gatos) son comunes en nuestro medio provocando daño *tisular e infecciones*.

Lo que hace necesaria una buena *evaluación y un correcto tratamiento* que incluya el cuidado meticuloso de la herida, el cierre selectivo de la misma, así como un uso de antibióticos profilácticos.

No olvidaremos la revisión de la *profilaxis* antitetánica, así como la administración de otros toxoides si fuera necesario (Rabia, Hepatitis B).

Se debe *prevenir y educar* especialmente a los niños en su interacción con los animales.

SESIÓN COMUNICACIONES ORALES 3

27/02/2020 – 16:30 – SALA ZARAGOZA I

O-17

EPIDEMIOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES CUTÁNEAS DE GASTROSTOMÍAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Pérez Acevedo, Gemma[1]; Torra Bou, Joan Enric[2].

[1]Hospital Sant Joan de Déu, Consulta Heridas, Barcelona; [2]Facultat Infermeria i Fisioteràpia, Universidad de Lleida, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La gastrostomía es una técnica que facilita la nutrición enteral mediante el acceso directo al estómago a través de un estoma. Las cirugías de gastrostomía pueden presentar complicaciones cutáneas como fugas periostomales con irritación de la piel, infección e hipergranulación. De acuerdo con la bibliografía consultada, estas complicaciones ocasionan visitas a urgencias en un 8,6% de los pacientes y reingresos en un 3,9%.

OBJETIVOS

Revisar la epidemiologia y el tratamiento de las gastrostomías en pacientes pediátricos.

MÉTODOS

Se realiza una revisión de bibliografía sobre las complicaciones tisulares de las gastrostomías y se describen los datos epidemiológicos en una serie temporal de pacientes intervenidos de gastrostomía de septiembre a diciembre de 2019, dentro del marco de un estudio epidemiológico sobre complicaciones de heridas quirúrgicas en pacientes pediátricos.

RESULTADOS

En el periodo de estudiado se han realizado 9 gastrostomías por laparoscopia. La incidencia de complicaciones con exudado, dehiscencia i/o sobreinfección es del 66.6%. En el 44.4%, la complicación se inició a la semana tras iniciar la nutrición enteral.

Todas las complicaciones se trataron con polvos secantes de colostomía para gestionar las secreciones, cinta bacteriostática para controlar la sobrecarga bacteriana y 5 requirieron antibioticoterapia según antibiograma.

CONCLUSIONES

Las complicaciones en gastrostomías en pacientes pediátricos presentan una elevada incidencia. Se requieren más estudios que permitan determinar cuáles son las causas de estas complicaciones. El tratamiento de las mismas mediante el acrónimo TIME y productos de curación avanzada permite avanzar en el proceso de cicatrización de estas complicaciones y reducir su progresión.

O-18

VERSATILIDAD DE LAS MATRICES DÉRMICAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS

Reola Ramírez, Enara; Puertas Peña, Javier; Sanz Aranda, Ester; Perales Enguita, Alba; Martí Ayats, Josep Maria; Monclús Fuertes, Enrique; Agulló Domingo, Alberto.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento quirúrgico del paciente quemado es un desafío para el cirujano. Gracias al avance de la medicina cada vez son más los pacientes quemados que sobreviven pero secundariamente debemos hacer frente a la reconstrucción de áreas con características especiales como son las manos, las flexuras o la cara. La aparición de las matrices dérmicas ha repercutido muy positivamente en los aspectos funcionales y estéticos del paciente quemado.

MÉTODO

Se ha realizado un estudio descriptivo tipo serie de casos en el que se han analizado 88 pacientes con quemaduras agudas y secuelas en los que se realizó la reconstrucción mediante matriz dérmica entre los años 1999 y 2019.

RESULTADOS

Se han tratado 51 hombres y 37 mujeres, la mayoría de ellos entre 31 y 50 años. 71 casos fueron quemaduras agudas y 17 secuelas. El mecanismo de la quemadura más frecuente fue el térmico (81%) y la localización más frecuente, la extremidad superior (61 casos). En 67 pacientes se utilizó Matriderm de 1 mm, en 13 casos Integra bicapa y en 8 pacientes ambos. El porcentaje de SCQ medio fue de 11,7%. Constatamos 4 casos de pérdida total (1 caso de Integra bicapa y 3 casos de Matriderm monocapa) y 11 casos de pérdidas parciales.

CONCLUSIONES

Las matrices dérmicas suponen un peldaño más en la escala reconstructiva de quemaduras agudas y secuelas. Por este motivo tanto adjuntos como residentes deben estar familiarizados con sus indicaciones, manejo y resultados.

O-19

TÉCNICA DE MICROINJERTO MEEK EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE GRAN QUEMADO. EXPERIENCIA CLÍNICA EN NUESTRA UNA UNIDAD DE REFERENCIA NACIONAL

Trapero, Ana; Pérez Del Caz, Mª Dolores; Sánchez- García, Alberto; Forés Zaragoza, Álvaro; Corella Estévez, Pilar; García- Vilariño, Elena; Alonso Carpio, Miriam.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

La técnica de microinjerto meek fue por primera vez descrita en 1958. En las últimas décadas, gracias a la evolución en la resucitación y manejo médico de grandes quemados, pacientes con quemaduras del 75—90% sobreviven, y surge la necesidad de buscar alternativas de realización de autoinjertos en personas con mínima superficie de piel donante.

Gracias a esta técnica se pueden realizar autoinjertos hasta con un ratio de 1:9, con gran fidelidad entre la expansión teórica y la expansión real. Se trata de un método eficaz que ha desplazado al tradicional cultivo de queratinocitos en el tratamiento de pacientes grandes quemados.

Para la elaboración de la presente comunicación, se realiza un análisis retrospectivo de la evolución de ocho pacientes grandes quemados tratados con la técnica meek de expansión de injertos en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia durante un periodo de 6 meses. Las variables estudiadas han sido: superficie total injertada con técnica meek, relación del porcentaje zona donante/área injertada, tiempo hasta la cobertura de toda la superficie afectada con autoinjertos de piel, porcentaje de zonas reinjertadas y tiempo hasta la epitelización total de las heridas.

La técnica meek se trata de una herramienta extremadamente útil, rápida y coste-efectiva en el manejo de pacientes grandes quemados. Se han demostrado resultados funcionales y estéticos iguales o superiores a la técnica clásica de mallado, aportando la ventaja, tan crucial en estos pacientes, de un mayor aprovechamiento de las escasas zonas donantes.

O-20

¡NO TE QUEMES CON LAS QUEMADURAS!
ANÁLISIS DE LOS CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE LOS PACIENTES QUEMADOS

Ruiz García, Manuel[1]; Ávila Arriaza, Mario Alberto[2]; Moreno-Arrones Quesada, Jesús[3].

[1]Fremap - Valencia I, Valencia; [2]Fremap - Ciudad Jardin, Sevilla; [3]Fremap - Oviedo 2, Oviedo.

OBJETIVOS

- Unificar los criterios de derivación de las quemaduras para agilizar la atención al paciente quemado y elegir el tratamiento más adecuado.
- Crear una infografía, para facilitar la toma de decisiones del profesional respecto a la derivación del paciente quemado.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica, con las frases de búsqueda en español e inglés. Consulta biblioteca virtual en Salud de los DECs correspondientes.

Frases de búsqueda:

“criterios de derivación AND quemaduras” “guías clínicas AND quemaduras”.

“Referral standards AND Burns” “Practice Guidelines AND burns”.

Se incluyeron todos aquellos documentos que tuvieran incluidos los criterios de derivación hospitalaria de las quemaduras y se excluyeron todos aquellos que no eran de acceso libre.

Comparativa de los criterios de derivación de las diferentes fuentes en archivo Excel.

RESULTADOS

Se han analizado un total de 13 documentos con los que se han obtenido unos criterios unificados de derivación hospitalaria y de atención ambulatoria.

SESIÓN COMUNICACIONES ORALES 3

27/02/2020 – 16:30 – SALA ZARAGOZA I

Con ellos se ha creado una Infografía explicativa de los criterios de derivación.

CONCLUSIONES

La unificación de los criterios de derivación en quemaduras beneficia en rapidez y eficacia, el tratamiento a nuestros pacientes quemados.

El desarrollo de una infografía no sólo nos ayudará en la transmisión de conocimientos, sino que además facilitará la toma de decisiones del profesional sanitario y mejorará el tratamiento, tanto hospitalario como ambulatorio, de los pacientes afectados por quemaduras.

SESIÓN COMUNICACIONES ORALES 4

28/02/2020– 13:30 – SALA ZARAGOZA III-IV

O-21

GESTIÓN ENFERMERA EN EL SUMINISTRO DE APÓSITOS DE UNA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Fernández Ramajo, María Aránzazu[1]; Hernández Ortega, Elena[1]; Arránz Diez, Ramón[1]; Gutiérrez Pastrana, María Rosario[2]; Herrero Callejo, Sara[3]; Martín Vaquerizo, Margarita[4]; Llorente Soriano, Nuria[5]; Arribas Alonso, María Isabel[6]; Gutiérrez De Montes, Susana[7]; Olmedo Lozano, Lourdes[8].

[1]Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este, Valladolid; [2]Centro de Salud Tórtola, Valladolid; [3]Centro de Salud Barrio España, Valladolid; [4]Centro de Salud Pilarica, Valladolid; [5]Centro de Salud Esguevillas, Valladolid; [6]Centro de Salud Magdalena, Valladolid; [7]Centro de Salud Rondilla II, Valladolid; [8]Centro de Salud Medina del Campo Urbano, Valladolid.

La comisión de heridas de la gerencia se crea a partir de un grupo de enfermeros expertos en heridas y con el objetivo de trabajar con evidencia científica. Una de sus funciones es ser asesor técnico en la elección de apósitos dentro del acuerdo marco de nuestro servicio de salud.

OBJETIVOS

- Valorar los apósitos a nivel técnico por la comisión de heridas teniendo en cuenta las características propias del apósito.
- Lograr la mejora de la calidad de los apósitos de cura en ambiente húmedo (CAH).

METODOLOGÍA

La comisión de heridas como órgano evaluador de los apósitos de CAH. Dentro de sus funciones está elegir los apósitos dentro de un acuerdo marco a través de un procedimiento de negociado de nuestra gerencia de atención primaria.

Eligen los lotes de apósitos a incluir en el procedimiento y evalúan los productos.

Desde el punto de vista técnico, cada apósito se valora de forma independiente por cada uno de los componentes de la comisión y la puntuación se dictamina de forma consensuada.

RESULTADOS

Utilizar esta metodología ha hecho que se controle el gasto en apósitos y evitar la prescripción por receta.

Ha aumentado la calidad de los productos y el número de lotes incluidos en el petitorio de la gerencia.

CONCLUSIONES

La evaluación a nivel técnico en procedimiento de negociado por parte del grupo de expertos ha permitido aportar evidencia científica y conocimiento sobre las heridas.

Ha evitado ceñirse únicamente al ámbito económico y tener presente las necesidades de los profesionales de enfermería.

SESIÓN COMUNICACIONES ORALES 4

28/02/2020– 13:30 – SALA ZARAGOZA III-IV

O-22

LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN MANEJO DE HERIDAS COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN

Fernández Ramajo, María Aránzazu[1]; Hernández Ortega, Elena[1]; Arránz Diez, Ramón[1]; Herrero Callejo, Sara[2]; Mediavilla Sesmero, María Victoria[3]; Gutiérrez Pastrana, María Rosario[3]; Martín Vaquerizo, Margarita[4]; Morillo Blanco, Susana[3]; Hernández Crespo, Lidia[5]; De Arriba Gómez, María Dolores[6].

[1]Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este, Valladolid; [2]Centro de Salud Barrio España, Valladolid; [3]Centro de Salud Tórtola, Valladolid; [4]Centro de Salud Pilarica, Valladolid; [5]Centro de Salud Circunvalación, Valladolid; [6]Centro de Salud San Pablo, Valladolid.

Los principales costes en atención primaria (AP) derivados de la atención a los pacientes con heridas de difícil cicatrización son los apósitos de cura en ambiente húmedo (CAH) junto con el tiempo de enfermería.

En el año 2019 la comisión de heridas plantea un proyecto de formación a los profesionales de enfermería de AP.

OBJETIVOS

1. Aumentar los conocimientos en el manejo de heridas y apósitos mediante formación en la gerencia de AP.
2. Mejorar la gestión de los productos y apósitos de CAH mediante la elaboración de un póster según el acrónimo TIME.
3. Analizar el impacto económico de la formación en cuanto al gasto de apósitos en el periodo de 1-2 años.

MÉTODO

En el año 2019, se realizan dos formaciones de 14 horas a un enfermero de cada centro de salud que será el referente y formador en heridas.

Se realiza un póster con los productos disponibles en la gerencia según el acrónimo TIME que facilita a los profesionales el correcto uso de cada uno de los productos.

Y se valorará el impacto económico en apósitos en 1-2 años.

RESULTADOS/CONCLUSIONES

La formación ha estado orientada a potenciar las capacidades y habilidades del personal de enfermería.

Cada uno de los asistentes realiza una formación en su centro de salud sobre los apósitos CAH según TIME.

Organización de los almacenes y salas de curas según el acrónimo TIME. Se ha obtenido un alto grado de satisfacción.

La estrategia futura es la formación anual en la gerencia y ampliarla a centros sociosanitarios.

O-23

VALORACIÓN CLÍNICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE LAS HERIDAS TRAUMÁTICAS EN LAS MANOS Y CRITERIOS DE DERIVACIÓN

López Hernández, Samsara[1]; Rodríguez Alonso, Miguel[2]; Francisco Fernández, Carmen[1]; García Vidal, Mercedes[3]; Rodríguez Arias, Carlos Alberto[4].

[1]C.S. Arturo Eyries, Hospital Universitario Rio Hortega (Valladolid), Valladolid; [2]C.S. Plaza Del Ejército, Hospital Universitario Rio Hortega (Valladolid), Valladolid; [3]C.S. Tordesillas, Hospital Universitario Rio Hortega (Valladolid), Valladolid; [4]Servicio de Neurocirugía, Hospital Clínico Universitario (Valladolid), Valladolid.

OBJETIVOS

Establecer un protocolo de actuación ante heridas traumáticas en la mano desde Atención Primaria y definir los criterios de derivación para valoración a nivel hospitalario.

MÉTODO

Estudio de serie de casos clínicos de heridas traumáticas en la mano en el Centro de Salud que precisaron de cirugía menor entre el 1 Junio de 2018 y el 30 Junio de 2019.

RESULTADOS

Los puntos clave en la exploración de las heridas traumáticas en la mano son la afectación tendinosa, el compromiso de la vascularización y la detección de posibles lesiones óseas. En la anamnesis es importante indagar sobre el mecanismo lesional, los síntomas y los antecedentes de vacunación antitetánica. Se debe realizar una exploración tendinosa de manera individualizada y bajo anestesia local explorar la herida para descartar afectación de planos profundos. A nivel vascular, se evaluará la temperatura, los pulsos periféricos y el relleno vascular. No existió falta de consenso en cuanto a la limpieza de la herida, procedimiento de sutura a realizar ni en el seguimiento posterior.

SESIÓN COMUNICACIONES ORALES 4

28/02/2020– 13:30 – SALA ZARAGOZA III-IV

CONCLUSIONES

Las heridas traumáticas en las manos, independientemente de su tamaño, pueden comprometer estructuras anatómicas y su reparación incorrecta o tardía puede dar lugar a déficit funcionales graves. Resulta de gran importancia, que el médico de Atención Primaria sea capaz de valorar, explorar y tratar en ciertos casos este tipo de patología, adquiriendo unos conocimientos básicos no sólo de la técnica quirúrgica, sino de la anatomía y función de la mano y establecer unos criterios de derivación adecuados.

O-24

PACIENTE PALIATIVO CON ÚLCERAS POR PRESIÓN, ¿HACER O NO HACER?

Martín Vaquerizo, Margarita[1]; Parra Mediavilla, Paula[2]; Remesal Oliva, Marina[1]; González García, Sara[1]; San José Pelaz, Raquel[1]; Mediavilla Sesmero, María Victoria[3]; Gutiérrez Pastrana, María Rosario[3]; Herrero Callejo, Sara[2]; Hernández Ortega, Elena[4]; Fernández Ramajo, Aranzazu[4].

[1]C.S Pilarica, Valladolid; [2]C.S Barrio España, Valladolid; [3]C.S Tortola, Valladolid; [4]Gerencia Atención Primaria Valladolid Este, Valladolid.

Paciente de 59 años con esclerosis múltiple, paraplejia, tumor vesical. Presenta úlcera por presión (UPP) en sacro grado II tras ingreso hospitalario, tras reingreso a la semana siguiente pasa a grado VI. Posteriormente aparición de UPP en tuberosidades isquiáticas y trocánter izquierdo. Se realiza NECPAL, siendo un paciente paliativo no precisando activación de unidad de paliativos por estabilidad de síntomas.

OBJETIVOS

Curación de las úlceras por presión.

Adquisición de dispositivos preventivos.

Cambiar hábitos higiénico-dietéticos para mejorar y prevenir UPP.

Aplicación de los tratamientos locales más adecuados según la evolución de las UPP.

MÉTODO

Se trabajó con la familia y los cuidadores de ayuda a domicilio para la obtención de colchón y cojín antiescaras, cambios posturales, alimentación, control de micción y deposición.

A nivel local se decidió reducir la infección mediante desbridamiento cortante de tejido desvitalizado en sesiones de 45 minutos diarias o cada 2 días, se eligieron los apósitos primarios y secundarios para el control de la infección, el olor y el exudado. En función de la evolución de las herida se eligieron apósitos/pomadas acordes a cada fase del proceso de cicatrización y se fueron distanciando las curas a 2 curas semanales y finalmente cura semanal.

RESULTADOS

Se consiguió la curación de la lesión después de casi un año, gracias a la implicación de enfermería que apostó por la curación y gracias al apoyo por parte de la familia y los cuidadores de ayuda a domicilio que colaboraron en todo los necesario para mejorar la calidad de vida del paciente.

O-25

EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE UN CASO DE PIODERMA GANGRENOSO MEDIANTE EL USO DEL TRIÁNGULO DE VALORACIÓN DE HERIDAS

Pérez Hernández, M. Pilar; Abreu Rodriguez, F. A.

C.S.Tejina-Tegueste, San Cristobal De La Laguna- Tenerife.

OBJETIVO

Demostrar la efectividad del *Triángulo de Valoración de Heridas* en un caso de Pioderma Gangrenoso recidivante.

INTRODUCCIÓN

Mujer diabética mayor/ Pluripatología con lesiones recidivantes en pierna D. La evaluación integral, sistemática y de sus lesiones nos ha servido para fijar la gestión de los objetivos terapéuticos, ha permitido seleccionar el tratamiento óptimo hasta su resolución final.

MATERIAL Y MÉTODO

Se le realizó valoración holística e integral aplicando el triángulo de valoración de heridas, emitiendo un diagnóstico

diferencial con patologías similares. Se planteó tratamiento que incluyó productos basados en CAH y para el cuidado de la piel perilesional. Se consideró siempre la patología subyacente de la herida e incluyó tratamientos adicionales que fueron precisos.

RESULTADOS

recordar que el PG es una entidad lesional poco frecuente e infradiagnosticada, requiere un elevado nivel de sospecha clínica. Se relaciona con enfermedad sistémica por afectación de mecanismos inmunitarios. Nuestro caso se caracteriza por tener base necrótica, bordes violáceos elevados, lecho ulceroso y socavado. Su diagnóstico fue por exclusión tras la valoración de datos: Semiológicos. Fisiopatológicos. Biológicos.

CONCLUSIÓN

El Triángulo de Evaluación de Heridas abordó todos los aspectos desde un enfoque holístico para: la gestión-evaluación, diagnóstico, plan de tratamiento, comunicación y documentación de la herida. Es una herramienta esquematizada, organizada y eficaz que de una manera clara, concisa y práctica ayuda a los profesionales a manejar al paciente y a las heridas.

O-26

VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS MAYORES CON HERIDAS CRÓNICAS EN LAS RESIDENCIAS DE BARCELONA Y SU RELACIÓN CON LA PROFUNDIDAD DE LA HERIDA

Hernández Martínez-Esparza, Elvira[1]; Santesmases Masana, Rosalia[1]; Mundet Riera, Imma[2]; Torner Busquets, Ainhoa[3]; Verdú Soriano, Jose[4]; Berbeguer Pérez, Miriam[4]; Abades Porcel, Mercedes[1]; De Francisco Profumo, Seyla[1]; Guillaumet Olives, Montserrat[1]; Román Abal, Eva M[1].

[1]EUI-Sant Pau, Barcelona; [2]EAR-Mutuam, Barcelona; [3]Grup Mutuam, Barcelona; [4]Universidad Alicante, Alicante.

OBJETIVO

Determinar las medidas de valoración y de tratamiento adoptadas en los residentes con heridas crónicas (HC) y su relación con la profundidad de la HC, en las residencias geriátricas (RG) del área metropolitana de Barcelona,

MÉTODO

Estudio multicéntrico transversal.

Ámbito y sujetos de estudio: Residentes con úlceras por presión (UPP) grado ≥II y/o úlceras de extremidad inferior (UEI), ingresados en 168 RG de Barcelona con soporte del Equipo de Atención a Residencias (EAR) (8296 plazas). **Variables:** de las HC (etiología, localización y profundidad) y las medidas de valoración y de tratamiento adoptadas. **Recogida de datos:** por enfermeras EAR, abril-mayo 2016.

RESULTADOS

Se mostrará tabla de medidas adoptadas en los residentes con UPP y UEI versus afectación de tejidos. De 314 residentes con 318 HC (250 UPP y 68 UEI): No se había valorado Índice de Masa Corporal al 43,6%, ni albúmina sérica al 53,4%; El 31,6% tenía suplemento nutricional. Si UPP se utilizaba protección de talones (72,7%), superficie de manejo de la presión (SEMP) en silla (84,6%) y SEMP en cama (20,8%). Los cambios posturales eran heterogéneos, con sedestación prolongada sin SEMP en silla en 22% con UPP sacra. Si UEI: sin índice Tobillo Brazo el 77,9% y solo el 9,85% utilizaba sistemas de terapia compresiva. De todas las variables, los suplementos nutricionales y las SEMPs en silla eran administrados significativamente más en los residentes con mayor profundidad de HC ($p<0,001$; $p=0.009$).

CONCLUSIONES

Se debe trabajar para adoptar sistemáticamente las medidas de valoración y tratamiento menos instauradas en RG

SESIÓN COMUNICACIONES ORALES 5

28/02/2020– 13:30 – SALA ZARAGOZA II

O-27

ABORDAJE DE DEHISCENCIA QUIRÚRGICA TRAS AMPUTACIÓN TRAS-METATARSOFALÁNGICA EN PACIENTE CON DIABETES

Alcaide Carrillo, David[1]; Hidalgo Ruiz, Sonia[2]; Gomez Gomez, Jose[3]; Pascual De La Fuente, Belén[4]; Rituerto Cuerdo, Juana[4]; Mota San Jose, Isabel[5]; Ochoa -Hortal Rull, Miguel Angel[1]; Ais Conde, Guillermo[5]; Del Barrio Anaya, Sandra[5].

[1]Hospital de Baza, Baza (Granada); [2]Podóloga y Enfermera. Universidad de Extremadura, Plasencia; [3]Atención Primaria de Segovia, Segovia; [4]Unidad de Heridas de Segovia, Segovia; [5]Hospital de Segovia, Segovia.

En nuestro país, la Diabetes Mellitus es la primera causa de amputación no traumática y representa el 60-80% de las amputaciones de extremidad inferior (3). En el 85% de los casos la amputación está precedida de una úlcera en el pie.

OBJETIVO GENERAL

Cierre de la herida por dehiscencia quirúrgica.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Aplicar las terapias avanzadas y de cura en ambiente húmedo para la resolución de la lesión.
- Mantenimiento del muñón en óptimas condiciones para la adaptación de la prótesis ortopédica.
- Adaptación a la prótesis y educación sobre cuidados para evitar recidibas.

MÉTODO

A través de la cura en ambiente húmedo y terapias avanzadas como la aplicación de terapia de presión negativa se llevó a cabo el abordaje de la dehiscencia quirúrgica. El planteamiento multiprofesional, permitió un enfoque de los diferentes aspectos que hacían critica la situación como fue la presencia de isquemia severa, diabetes mal controlada, presencia de infección.

RESULTADOS

El cierre completo de la lesión manteniendo la integridad del muñón se consiguió tras 8 meses de trabajo multiprofesional.

CONCLUSIONES

El uso de la cura en ambiente húmedo y la terapia de presión negativa permitieron el cierre de la lesión a través de un abordaje multiprofesional.

La adaptación a la prótesis y el uso de calzado adecuado permitió al paciente tras el cierre aumentar su calidad de vida.

El paciente fue incluido en un protocolo de seguimiento del paciente de alto riesgo, y se le formó en cuidados generales del pie.

O-28

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN LESIÓN DE MUÑÓN EN PACIENTE DIABÉTICO

Montero Soler, Carmen; Benlloch Sanmartin, Maite; Darder Narro, Emma; Sanchis Garzón, Alex; Alfonso López, Amparo; Landete Belda, Lydia.

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

INTRODUCCIÓN

La utilización de la terapia de presión negativa (TPN) consiste en la aplicación directa de presión subatmosférica, obteniendo una serie de efectos beneficiosos para los tejidos promoviendo la curación de las heridas agudas y crónicas y complementando los procesos quirúrgicos. Igualmente contribuye a la disminución del riesgo de infección relacionado con la manipulación ya que disminuye la frecuencia de las curas.

La úlcera diabética se considera una lesión compleja y multifactorial que puede requerir de terapias de cura avanzada para favorecer su cicatrización.

OBJETIVO

Analizar la efectividad de la TPN portátil en heridas tórpidas de pacientes con diabetes mellitus a través de la exposición de un caso clínico.

MÉTODO

Estudio de un caso, varón de 66 años diabético, hipertenso y con amputación de pie izquierdo que ingresa en nuestra Unidad para tratamiento de herida quirúrgica del muñón con riesgo de nueva amputación.

Presenta tres lesiones por encima de la rodilla Grado 3 de Wagner.

La evolución de las heridas fue recogida en imágenes secuenciales.

Se consulta bibliografía en bases de datos de Salud: PubMed y Cuiden.

RESULTADOS

Tras aplicar TPN se obtiene mejoría clínica evidenciada por escala Wagner. Se mantiene durante un mes y se consigue la total cicatrización a los 5 meses.

CONCLUSIONES

La TPN ha sido determinante en la cicatrización de las heridas de nuestro paciente, logrando evitar una nueva amputación.

Se deberían realizar más estudios con TPN en pacientes diabéticos con amputaciones, al no haber mucha bibliografía al respecto.

O-29

ABORDAJE INTEGRAL DE UN PACIENTE DIABÉTICO CON ÚLCERA COMPLICADA EN PIE SECUNDARIA A CALZADO

Muñoz Conde, Mercedes[1]; Cabello Jaime, Rafael[2]; García Díaz, Francisco Javier[3]; Gutierrez García, María[4]; González Jiménez, Francisco[5]; Arboledas Bellon, Josefina[6]; Díez Requena, M José[7].

[1]EPA HCC. Area de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía, Torre del Mar; [2]Enfermero Comunitario. Unidad de Gestión Clínica Veléz-Norte. Area de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía, Velez-Málaga; [3]Enfermero Comunitario. Unidad de Gestión Clínica Algarrobo. Area de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía, Algarrobo; [4]EPA HCC. Area de Gestión Sanitaria Serrania de Málaga., Ronda; [5]EPA HCC. Distrito Sanitario Granada Metropolitano, Granada; [6]EPA HCC. Distrito Jaén Nordeste, Jaén; [7]EPA HCC. Distrito Sanitario Jaen Sur, Jaén.

OBJETIVO

- Evitar amputación.
- Control de infección.
- Favorecer cicatrización.

MÉTODO

Paciente de 63 años, diabético e hipertenso, derivado a Enfermera de Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas (EPA_HCC) por úlcera Neuroisquémica en tuberosidad de 5ª meta secundaria a calzado, evolución de 3 meses. Independiente para ABVD, jubilado.

Resvech 2.0= 10, EVA=0. Pulsos distales ausentes. Doppler=0.72. TEXAS=1B y IDSA leve. Curas previas con H_2O_2 y Povidona Iodada. Pruebas complementarias sin interés. Tras valoración se le gestiona calzado, recomendaciones sobre cuidados de pies, visita a podólogo y se remite a su enfermero con pauta de cura en ambiente húmedo.

Tras 12 semanas acude de nuevo a consulta derivado por traumatólogo con dolor, fistulización a 5º dedo y fascia plantar. Probing to Bone +. Resonancia: Osteomielitis y absceso. Resvech 2.0= 18. TEXAS=3D, IDSA moderada-grave. EVA=10. Cura previa de lesión de nuevo con Povidona Iodada.

Las siguientes curas la realizada la EPA_HCC con desbridamiento de heloma, manejo de carga bacteriana y gestión de exudado con productos para cada fase de cicatrización. Tras cultivo pauta de antibiótico durante 3 meses. Exéresis de cabeza 5º meta por fractura patológica. Derivación a Cirugía Vascular.

RESULTADOS

Remisión completa del dolor tras primera semana de tratamiento.

Tras 8 semanas epitelización completa.

CONCLUSIONES

A pesar de afectación ósea, se evita amputación.

La elección de cura y descarga, ha favorecido la correcta evolución

La gestión de un paciente con lesión crónica requiere del abordaje multidisciplinar y la figura de la EPA_HCC ha conseguido la implicación de profesionales para la resolución del caso.

SESIÓN COMUNICACIONES ORALES 5

28/02/2020– 13:30 – SALA ZARAGOZA II

O-30

ABORDAJE AMBULATORIO DE AMPUTACIONES MENORES ABIERTAS EN UNA UNIDAD DE PIE DIABÉTICO

De La Fuente Prieto, Aida; Rozado Gutiérrez, Elena Mª; Rodríguez Martínez, Mª Luz; Vázquez García, Nuria.
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

INTRODUCCIÓN

El Pie Diabético es una patología frecuente, potencialmente grave y requiere manejo multidisciplinar.

Se estima que un 25% de los diabéticos padecerá a lo largo de su vida alguna úlcera y alrededor del 85% de los pacientes que sufre amputaciones las han padecido previamente.

OBJETIVO

Cierre por segunda intención de heridas en pie diabético tras amputaciones abiertas, en pacientes crónicos complejos.

MÉTODO

Se presentan y documentan tres casos clínicos:

Caso 1.

Varón 66 años.

Amputación atípica abierta de 4º y 5º dedo pie izquierdo, amputación previa del 3º dedo. Obstrucción femoro-poplítea. Precisó revascularización.

Alta hospitalaria con terapia de presión negativa para seguimiento ambulatorio, la lesión mide 6,8 cm. X 3,8 cm.

Epitelización en 16 semanas.

Caso 2.

Varón 61 años.

Amputación atípica abierta de 1º dedo. Pulsos distales positivos.

Alta hospitalaria con terapia de presión negativa para seguimiento ambulatorio.

La herida mide 7 cm. x 5 cm.

Epitelización, veinte semanas.

Caso 3.

Varón 54 años.

Amputación transmetatarsiana atípica de 4º y 5º dedo y amputación de 3º dedo más desbridamiento quirúrgico plantar, pie izquierdo.

Extremidad única. Obstrucción distal a poplítea.

Alta hospitalaria con terapia de presión negativa para seguimiento ambulatorio. La herida mide 10 cm. x 9 cm.

Epitelización, veintiocho semanas.

RESULTADOS

Epitelización completa de las lesiones conservando independencia funcional.

CONCLUSIONES

Con seguimiento intensivo, actuación coordinada de distintos profesionales y comunicación proactiva entre niveles asistenciales asegurando continuidad de cuidados, se ha conseguido optimizar resultados, disminuir complicaciones y reingresos en pacientes complejos, con heridas de difícil cicatrización en pie diabético.

O-31

ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO PARA LA EVALUACIÓN DE TRES MÉTODOS ANALGÉSICOS NO INVASIVOS EN LA PREVENCIÓN DEL DOLOR DURANTE LA APLICACIÓN DE SUSTANCIAS INYECTABLES

Salmerón-González, Enrique; García-Vilariño, Elena; García-Sánchez, Alberto; Pérez-García, Alberto.
Hospital La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

La administración de sustancias inyectables puede ocasionar molestias y dolor significativos. En este trabajo, evaluamos de manera comparativa y enfrentada a un control, la efectividad de 3 métodos analgésicos no invasivos en una serie de 100 individuos, al realizar inyecciones subcutáneas de suero fisiológico.

MÉTODO

Se realizó un ensayo clínico aleatorizado, controlado, simple ciego, en el que participaron 100 sujetos voluntarios, a los cuales se les realizaron 4 infiltraciones de 0,1mL de suero fisiológico en la región frontal, habiendo aplicado anteriormente en cada una de las zonas infiltradas un método anestésico distinto (frío, vibración, pomada anestésica (EMLA), control). Los resultados fueron evaluados mediante una encuesta que incluía una escala de valoración del dolor.

RESULTADOS

Todos los métodos anestésicos obtuvieron mejores resultados que la ausencia de su uso ($p<0,001$); y sólo la anestesia vibratoria mostró resultados mejores que los otros métodos anestésicos ($p<0,015$ frente al frío y $p<0,015$ frente a la pomada anestésica). Las diferencias entre los resultados obtenidos con la aplicación de frío o pomada anestésica no fueron estadísticamente significativas ($p<0,844$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el dolor referido con el primer pinchazo, ni entre las infiltraciones localizadas en la parte más lateral de la frente o las centrales.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio, la analgesia vibratoria ha demostrado de forma estadísticamente significativa la consecución de un mejor control del dolor que el frío local o la pomada anestésica. No obstante, pese a existir una tendencia mayoritaria a favor de la analgesia vibratoria en nuestra muestra, consideramos que el método analgésico a emplear se debe adaptar a las prioridades y experiencias subjetivas de cada paciente.

O-32

EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE EN LA PREVENCIÓN DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA CON PRODUCTOS OZONIZADOS

Fondo Álvarez, Erika[1]; Gómez Jurado, Rosa[2]; Cerame Pérez, Silvia[3]; Pérez Mora, Laura[4]; Santiso Casanova, Emma[1]; Rodriguez Mato, Vanessa[1]; Burgos Lobato, Ramon[2].

[1]CMUC Piadela, Betanzos; [2]CMUC Malaga, Malaga; [3]CMUC España, Madrid; [4]CMUC Madrid, Madrid.

OBJETIVOS

Describir mediante una infografía la utilización de productos ozonizados para incrementar el número de pacientes que asumen un protagonismo activo en su autocuidado para prevenir úlceras y mantener el cuidado de la piel.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica sobre la utilización de productos con ozono, mediante una infografía, para incrementar los conocimientos sobre educación sanitaria y el autocuidado de los pacientes con riesgo de deterioro de la integridad cutánea, con el fin de que los pacientes de riesgo sepan cómo y cuándo utilizar los productos ozonizados en función al estado y características que presenten en la piel como prevención.

Mediante una sistemática simple y fácil de recordar, a través de unas imágenes sintéticas, explicativas y fáciles de entender con el fin de comunicar la información sobre prevención y mantenimiento de la piel, de una manera visual para facilitar su transmisión. Esta infografía, entregada previa al alta, por medio de una sesión con el paciente en la que se explican los cuidados y se resuelven las dudas que puedan surgir.

RESULTADOS

Se ha conseguido aumentar el número de pacientes que asumen un autocuidado activo, empoderando los cuidados en prevención con los productos ozonizados a través de esta sencilla infografía.

CONCLUSIÓN

Esta infografía es un tipo de medida adecuada para informar de manera sencilla y rápida al paciente; y así conseguir pacientes empoderados en prevenir el deterioro de la piel.

SESIÓN COMUNICACIONES ORALES 5

28/02/2020– 13:30 – SALA ZARAGOZA II

O-33

PACIENTES COMPLEJOS CON HERIDAS COMPLEJAS: COMO EVITAR LOS INGRESOS Y REDUCIR LA ESTANCIA HOSPITALARIA

Beaskoetxea Gómez, Paz; Gómez Zabala, Mª Jose; Rubio Vicente, Sara; Elortegui Meñique, Irantzu.

Hospital de Galdakao, Usansolo(Galdakao).

El envejecimiento de la población, el incremento de las enfermedades crónicas, la polimedicación y los pocos recursos económicos y sociales, hacen que la colaboración multidisciplinar sea más importante que nunca, para dar atención sanitaria integral, de calidad, efectiva, segura y que optimice los recursos.

Pacientes complejos con heridas complejas ha habido siempre, pero en la actualidad este colectivo cada vez es mayor y va a crecer de una manera exponencial. Muchas de las patologías crónicas que tiene estos pacientes, además de su propia fragilidad, les hace susceptibles de sufrir lesiones.

Todo esto provoca, entradas por las urgencias, mayor número de ingresos y aumento de las estancias hospitalarias.

Desde la Unidad de Heridas Complejas (UHC) de nuestra organización, OSI Barrualde Galdakao, una de nuestras actividades es dar respuesta a estos pacientes.

OBJETIVOS

- Evitar que el paciente que llegue por la urgencia sea ingresado.
- Conseguir altas tempranas en pacientes con heridas complejas.

MÉTODO

Mediante la historia clínica electrónica, el personal sanitario solicita una interconsulta hospitalaria a la UHC, para la valoración de un paciente que se encuentra ingresado y presenta una herida a la que no saben dar respuesta.

RESULTADOS

- Se comienza en mayo del año 2016.
- Hemos atendido hasta octubre de este año 534 interconsultas hospitalarias (I.C.),
- Se ha dado cobertura a 18 servicios

CONCLUSIONES

Tras tres años y medio de trabajo, nos hemos convertido en un centro de referencia para toda la Organización, dando lugar al nacimiento de una Unidad de alta resolución en Heridas Complejas.

SESIÓN COMUNICACIONES ORALES 6

28/02/2020– 13:30 – SALA ZARAGOZA I

O-34

MANEJO DE LAS QUEMADURAS QUÍMICAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Méndez Pedraza, Marta[1]; Morenza Corbacho, Marta[1]; Pérez Bécares, M Victoria[1]; García Fernández, Beatriz[1]; Izquierdo Ortega, Henar[2].

[1]CS Río Tajo, Talavera de la Reina (Toledo); [2]CS La Algodonera, Talavera de la Reina (Toledo).

OBJETIVOS

Describir los cuidados en el abordaje de las quemaduras químicas en servicios de urgencias.

MÉTODO

Revisión bibliográfica en las bases de datos: PubMed, Cochrane, Scopus, CUIDEN y Cinahl. Búsqueda con lenguaje controlado siguiendo la estrategia “Chemical Burns” AND “Nursing care”. Además, se incluyeron documentos encontrados por búsquedas secundarias que pueden ser consultados en Google Schoolar por su título. Se tomaron como válidos documentos en inglés, español y portugués, con una antigüedad máxima de 10 años. Se seleccionaron 17 resultados para su revisión.

RESULTADOS

Las quemaduras químicas no son muy prevalentes, sin embargo, son las quemaduras que mayor gravedad conllevan. Las enfermeras deben realizar un abordaje de urgencias para el correcto manejo de estas quemaduras.

Los cuidados que demostraron eficacia fueron neutralizar el agente químico con irrigación de abundante agua o lavado de la lesión con difoterina. Debido a la complejidad de estas quemaduras, la continuidad de los cuidados debe individualizarse dependiendo del agente lesivo, la localización de la quemadura, el proceso evolutivo y los recursos con los que se cuente. Se evidenció la importancia de la valoración siguiendo la secuencia A (airway), B (breathing), C (circulation).

CONCLUSIONES

Las quemaduras químicas pueden implicar graves problemas de salud para el paciente. Su abordaje de urgencia es fundamental para una curación eficaz. Las guías de práctica clínica orientan los cuidados a realizar por el equipo de enfermería, sin embargo, es necesaria la individualización de los cuidados en cada quemadura.

O-35

HUMANIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE QUEMADOS, ALGO MÁS QUE UNA PALABRA... UNA META A ALCANZAR

Chacón Pascual, María Isabel[1]; Roig Roig, Gema[1]; Costa Requena, Gemma[2].

[1]Unidad de Quemados Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia; [2]Psicóloga Unidad de Quemados Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

Numerosos estudios nos evidencian que la incidencia de muerte por quemaduras ha disminuido, por lo que la cuestión que debe preocuparnos en estos momentos es la calidad de vida de los supervivientes.

Las características del cuidado prestado a los pacientes quemados determinarán su experiencia en la unidad. En este sentido, un contexto deshumanizado puede afectar a su recuperación y rehabilitación.

OBJETIVOS

Identificar las dificultades o barreras encontradas en la implementacion del “Plan de Humanización” en una Unidad de Quemados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cualitativo de tipo etnográfico mediante observación participante y entrevista etnográfica a los profesionales de una unidad de quemados.

CONCLUSIONES

Prestar un cuidado humanizado requiere tiempo, recursos, buena relación intergrupal y un compromiso explícito tanto de los profesionales implicados como de la institución. Se deberían solucionar todas estas barreras para poder implementar con éxito un “Plan de Humanización”.

O-36

CONSENSO ENFERMERO ENTRE DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES EN EL CUIDADO DEL PACIENTE QUEMADO, TODOS TENEMOS MUCHO QUE APORTAR

Chacón Pascual, María Isabel[1]; Cid De Diego Aspas, Carmen[2].

[1]Unidad de Quemados Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia; [2]Centro de Salud Pobla de Vallbona (Arnau/Llíria), Valencia.

OBJETIVOS

Elaboración de un protocolo de actuación en quemaduras para profesionales de enfermería de atención primaria.

Utilización de las nuevas tecnologías de la información (TICs) para mejorar la comunicación entre los profesionales de enfermería de atención primaria y especializada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado conjuntamente entre un profesional de enfermería de atención primaria y de una unidad de quemados:

Revisión bibliográfica en base de datos: PUBMED, Cochrane Library, Enfispo.

SESIÓN COMUNICACIONES ORALES 6

28/02/2020– 13:30 – SALA ZARAGOZA I

Revisión de protocolos de quemaduras de una unidad de quemados y de atención primaria.

RESULTADOS

Realizar un protocolo de actuación en quemaduras conjuntamente teniendo en cuenta la idiosincrasia de la atención primaria y los conocimientos del profesional enfermero especializado en este tipo de lesiones proporciona un método sistemático eficaz para lograr una cicatrización de calidad.

Por otro lado la comunicación entre diferentes niveles asistenciales repercute en una mejor atención al paciente quemado.

CONCLUSIONES

La curación de las quemaduras en atención primaria supone un desafío, debido a la gran variabilidad de las quemaduras y la gran diversidad de productos que existen. La enfermería debe utilizar adecuadamente las herramientas de valoración inicial de las quemaduras y el tratamiento adecuado en atención primaria para evitar medidas terapéuticas inadecuadas, aparición de complicaciones evitables, y derivación del paciente a un nivel asistencial inadecuado. Para ello es necesario mejorar la comunicación entre los profesionales de distintos niveles asistenciales, utilizando las nuevas tecnologías de la información y elaborando protocolos consensuados.

O-37

MICROINJERTO MEEK: TÉCNICA QUIRÚRGICA Y SUS CUIDADOS

Montero Revilla, Eva Maria; Callejas San Ildefonso, Celia; Gómez Iglesias, Isabel María.

Hospital La Paz, Madrid.

OBJETIVO

Dar a conocer la técnica microinjerto MEEK y sus cuidados posteriores, como alternativa en la cobertura de grandes extensiones de pérdida de integridad de la piel.

MÉTODO

En 1958 el Dr. Cicero creó esta técnica que quedó en desuso con la aparición del injerto expandido, cuya técnica era más sencilla (Tanner, 1964). Pero la necesidad de alternativas para la realización de coberturas extensas, ha llevado a la modificación y mejora de esta técnica (Kreis, 1993).

RESULTADO

Esta técnica aporta una serie de ventajas como son, la de precisar zonas donantes de menor tamaño; poder utilizar pequeños fragmentos de injerto unidos para formar microinjertos; y la elevada relación de expansión posible (hasta 1;9).

CONCLUSIONES

La técnica MEEK modificada se presenta como la gran alternativa para dar cobertura a las extensas pérdidas de piel.

O-38

PAPEL DE LA ENFERMERA CLÍNICA EN UNA UNIDAD DE GRANDES QUEMADOS

Díez Zaballa, Ondiz; Arévalo Allende, Alazne; Ayestarán Soto, Juan Bautista; Cabrera Escondrillas, Naroa; Ceberio Lage, Mónica; Santín Pérez, Naiara; Gallego Saiz, Paz; Gómez Guerra, Argiñe; Ortiz De Zárate Fernández, Itsaso; Peña Villate, Marta.

OSI EE-Cruces, Barakaldo.

INTRODUCCIÓN

Las demandas asistenciales y profesionales actuales están obligando a las enfermeras a desarrollar nuevos roles. Dentro del modelo de práctica profesional implantado en nuestra Organización Sanitaria Integrada se encuentra el nuevo rol de la Enfermera Clínica.

OBJETIVOS

Describir las principales actividades desarrolladas por la Enfermera Clínica para la consecución de los mejores cuidados basados en la evidencia al paciente quemado y su familia y para generar y trasmitir conocimiento e innovación útiles para la sostenibilidad del sistema sanitario y la sociedad.

MÉTODO

La Enfermera Clínica de la Unidad de Grandes Quemados:

1. Coordina, implementa y evalúa cuidados, protocolos y registros.
2. Es referente en cuidados complejos.
3. Vela por la seguridad del paciente.
4. Realiza labores educativas, coordinando la formación intraunidad.
5. Presta cuidados directos finalistas.
6. Establece y mantiene relaciones interprofesionales.
7. Realiza, facilita y apoya la investigación.

RESULTADOS

Se han revisado e implementado un total de 8 guías y protocolos mejorando la calidad asistencial.

Se ha formado tanto a las enfermeras de la unidad como a otras ajenas a la organización mediante cursos en hospitales y colegios profesionales, siendo referente en cuidados.

Se han realizado 3 rondas de seguridad anuales.

CONCLUSIONES

La figura de la Enfermera Clínica en la Unidad de Grandes Quemados mejora los resultados clínicos del paciente y su familia mediante la aplicación del mejor conocimiento, promueve la continuidad de cuidados, detecta las necesidades formativas de las enfermeras asistenciales de la unidad y les proporciona la formación. Además, desempeña un papel principal en la seguridad del paciente.

O-39

APLICACIÓN DEL BRIEFING DE SEGURIDAD A UNA UNIDAD DE QUEMADOS CRÍTICOS: NUESTRA EXPERIENCIA

Vanaclocha, Nieves; Sánchez García, Alberto; Vivó Benlloch, Carmen; Pérez Del Caz, Maria Dolores.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

Los problemas de comunicación son especialmente importantes en el entorno crítico. Por una parte, los turnos originan la necesidad de comunicación efectiva con periodicidad frecuente (cada 8 o 12 horas). Por otra, el paciente suele estar en situaciones de gravedad, por lo que una comunicación infectiva puede dar lugar a efectos adversos graves incluso que pongan en peligro la vida del paciente. El *briefing* de seguridad es una herramienta de trabajo multidisciplinar enfocada a la seguridad clínica.

MÉTODO

Estudio observacional prospectivo unicéntrico de la implantación de un *briefing* de seguridad en una Unidad de Quemados Críticos para los cambios de turno de enfermería. Se recogió la tasa de cumplimentación, la aparición de eventos adversos y el feedback del personal acerca de la utilidad de la herramienta a través de un cuestionario.

RESULTADOS

La tasa de cumplimentación ha sido >70% y el feedback ha sido bueno. No ha habido eventos adversos.

CONCLUSIONES

El *briefing* de seguridad es una herramienta útil que integra la cultura de la seguridad en la rutina del trabajo diario.

Mesa de Casos Clínicos

28/02/2020 – 15:30 – Sala Zaragoza I

CL-01

SEGUIMIENTO COORDINADO ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE ÚLCERA POR DECÚBITO EN PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

Aceta Fernández, Carmen; Carrero González, Cristina; Gómez Quevedo, Rosa.

Centro de Atención Primaria Nuestra Señora del Pilar, Alcalá de Henares.

OBJETIVOS

Exponer el tratamiento de un paciente de 84 años, crónico complejo en relación a una úlcera por decúbito en el talón.

Antecedentes Personales: Diabetes Mellitus Tipo II, HTA, FA (tratado con Acenocumarol), Obesidad Mórbida.

Exploración física del miembro afecto: Pulsos difíciles de detectar por abundante masa de grasa en la zona.

MÉTODO

Clasificación del paciente con un nivel de intervención alto (siguiendo la Pirámide de Kaiser) para facilitar la coordinación de la asistencia entre Atención Primaria y Especializada.

Desbridamiento quirúrgico de la placa necrótica y seguimiento ambulatorio en el hospital.

Cuidado de la úlcera en domicilio tanto por el equipo del centro de salud como por la unidad de apoyo los fines de semana, evitando el ingreso.

Utilización de las vías de comunicación telemáticas entre el centro de atención primaria y el hospital de referencia.

RESULTADOS

Se consigue la integridad de la piel en menos de cinco meses, evitando complicaciones derivadas del ingreso y tratando al paciente en un medio favorable para él y su familia.

Abaratamiento de los costes de atención disminuyendo el tiempo de hospitalización.

Colaboración con la familia del paciente, cuidadores informales fundamentales en el caso.

CONCLUSIONES

Gracias a la estratificación de los pacientes según su nivel de intervención se consigue la coordinación entre Atención Primaria y Especializada mediante la Gestión de Casos.

De este modo, se logra una atención temprana y con pautas de actuación unificadas para prevenir posibles complicaciones. Además, se disminuyen los gastos sanitarios relacionados con la atención de procesos complejos.

CL-02

TRATAMIENTO DE HERIDA POSTRAUMÁTICA EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO TRAS FRACASO DE SUTURA Y NECROSIS DE COLGAJO

González Fernández, María Dolores.

Centro de Salud O Carballiño, O Carballiño.

Paciente de 70 años que sufre herida en pierna derecha en forma de V de 7 x 4 cm tras clavarse un palo mientras recogía judías en una finca.

OBJETIVOS

Cierre de la herida.

MÉTODO

En un primer tiempo se realiza sutura con seda 3/0 para intentar cierre por primera intención y se pauta antibiótico.

Tras 10 días colgajo necrosado, piel circundante roja y caliente. Se retiran puntos y se realiza desbridamiento cortante de tejido desvitalizado hasta llegar a subcutáneo.

Se inician curas con solución de betaina más apósito de fibras de poliacrilato asociado a plata y vendaje.

15 días después conseguimos tener el lecho limpio en más de un 50% por lo que seguimos con solución de betaina y apósito de poliacrilato asociado a inhibidores de proteasas; crema de óxido de zinc en bordes.

A las 2 semanas observamos lecho hipergranulado,quebradizo y sangrante, exudado moderado. Se cambia el apósito por otro de hidrofibra de hidrocoloide asociada a plata, 10 días después han desaparecido los signos de infección y el exudado por lo que se suspende la plata; curas con hidrofibra de hidrocoloide e hidrogel para continuar cura en ambiente húmedo.

RESULTADOS

Epitelización de la herida 60 días después de la primera atención.

CONCLUSIONES

- El tejido necrótico en el lecho es un foco de infección, aumenta la respuesta inflamatoria y bloquea el proceso de cicatrización.
- El desbridamiento de tejido no viable permite acelerar el proceso de preparación de un lecho con tejido de granulación.

CL-03

COLOSTOMÍA; DEISCENCIA DE SUTURA. CURA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Blázquez Blanco, M Isabel[1]; Rodríguez García, Blanca[1]; Ruiz Blázquez, Ines[1]; Ruiz Blázquez, David[1]; García García, María Blanca[2]; Martín Calahorra, Marta[1]; Quirós, Francisco[1].

[1]Centro de Salud Cebreros, Cebreros (Ávila); [2]Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila.

INTRODUCCIÓN

Paciente de 96 años, con antecedentes de hipertensión Arterial, Alzheimer, Poliartralgias, gastropatía y hemorroides, a la que se realiza colostomía por fístila anal. Durante el ingreso, la paciente evoluciona hacia una parálisis de ambas piernas dejando de caminar y se produce una deiscencia de sutura, abriéndose una herida de gran tamaño (cabe un puño). La paciente es dada de alta y trasladada a su domicilio para control por su enfermera de Atención Primaria. La paciente vive sola, tiene 2 hijos, pero son incapaces de ver la herida y no soportan los cambios de bolsa de colostomía.

OBJETIVOS

Cicatrización de la herida quirúrgica.

Mejorar de la calidad de vida de la paciente.

Mejorar de la movilidad de la paciente.

Enseñar a los cuidadores el manejo y cuidado de la colostomía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Apósitos de silicona. Alginato Ag. Alginato. Tiras adhesivas. Espuma hidropolimérica. Control de la alimentación. Aumento de la movilidad.

RESULTADOS

Cicatrización de la herida quirúrgica.

Aumento de la movilidad.

Mejora de la calidad de vida de la paciente/aumento de la autoestima.

Implicación de la familia en los cuidados de la paciente/colostomía.

Palabras clave: Deiscencia. Colostomía. Inmovilidad. Calidad de vida.

CL-04

ÚLCERAS VASCULARES, A PROPÓSITO DE UN CASO CRÓNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Álvarez Pena, Jose Manuel; Suárez Vilas, Cynthia.

Centro de Salud Xinzo de Limia, Xinzo de Limia.

OBJETIVOS

Describir complejidad de úlcera venosa a próposito de un caso en un paciente crónico pluripatológico en Atención Primaria.

MÉTODO

Varón de 51 años. Con obesidad grado III, dislipemia a tratamiento con estatina, glucemia basal alterada, isquemia venosa crónica en miembros inferiores. Hábito tabáquico de 36 paquetes/año. Presenta úlcera venosa en miembro inferior desde 2006, al inicio úlcera vascular categoría II en miembro inferior edematoso con tejido friable y sobreinfectada, abundante exudado seropurulento, tejido perilesional eritematoso. Requiere tratamiento analgésico y antibioterapia. Control de infección local con apósito plata y carbón. Empeora la cura (falta de adherencia y autocuidados del paciente). Posteriormente, el cierre de la lesión con *Urgotul®,* vendaje compresivo, medidas higiénicas y mejora de las comorbilidades.

28/02/2020 – 15:30 – Sala Zaragoza I

RESULTADOS

Se obtuvo buen control y manejo de la infección con *Aquacel Ag*® y *CarboFlex*®. Las muestras de exudado han mostrado la antibioterapia más sensible según los gérmenes aislados. Se realiza desbridamiento enzimático, asociando *iruxol*® e *Hydrogel*®. El *Urgostart*® y *Urgotul*® crearon ambiente húmedo, fomentando la cicatrización. El vendaje compresivo, ofreció beneficios, favoreciendo el retorno venoso y evitando el edema. Tras 5 años a tratamiento y curas programadas, se cierra las úlceras venosas.

CONCLUSIONES

Es necesario conocer algoritmos e indicaciones de los diferentes apósitos. Mantener una visión holística, individual e integral del paciente. Mediante educación terapéutica debemos realizar cambios de hábitos no saludables, favorecer la progresión de la curación y prevención de nuevas lesiones. La máxima evidencia científica apoya la terapia compresiva multicapa, como tratamiento específico de úlcera venosa.

CL-05

PRESERVACIÓN DE TEJIDO SANO PARA PROLONGAR UN MUÑÓN DE AMPUTACIÓN TRAS TRAUMATISMO SEVERO: A PROPÓSITO DE UN CASO

García-Vilariño, Elena; Pérez-García, Alberto; Salmerón-González, Enrique; Sánchez-García, Alberto; Vanaclocha, Nieves; Simón- Sanz, Eduardo.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

OBJETIVO

A pesar de los avances de la cirugía reconstructiva en ocasiones hay graves traumatismos en los que la amputación es la mejor opción. En amputaciones de miembro inferior la preservación de la rodilla ha demostrado resultados funcionales muy superiores.

Presentamos una opción quirúrgica para alargamiento del muñón de amputación.

MÉTODO

Reportamos el caso de un varón de 39 años remitido por una fractura abierta conminuta de tibia derecha, IIIc de Gustilo, con pérdida de sustancia ósea. Presentaba necrosis muscular de todos los compartimentos de la pierna y pérdida cutánea masiva con un segmento de tibia proximal de 4 cm.

Se decidió realizar una amputación. Con el fin de preservar la rodilla y aprovechando la sensibilidad conservada en la planta del pie se realizó un colgajo fillet libre osteocutáneo, basado en los vasos tibiales posteriores y manteniendo el nervio tibial en continuidad. Se realizó además un colgajo latissimus dorsi libre para cobertura.

RESULTADOS

En la actualidad el paciente camina con normalidad, con una buena adaptación a la prótesis y preservando una adecuada cobertura del muñón con sensibilidad preservada.

CONCLUSIONES

Presentamos una técnica para alargamiento de muñón que consigue aportar abundante tejido óseo de cara a una amputación infacondílea. Este colgajo aporta una cobertura cutánea difícilmente mejorable al ser la piel de la planta del pie con sensibilidad conservada la zona de apoyo. Al preservar el nervio en continuidad conseguimos garantizar la sensibilidad desde el principio y evitar posibles dolores de miembro fantasma o neuromas.

CL-06

NECPAL. VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON HERIDAS CRÓNICAS. CASO CLÍNICO

Alcaide Carrillo, David[1]; De La Cruz Maeso, Cristina[2]; López Nogales, Teresa[3]; López De Castro, Carlos Alberto[4]; Maroto Gómez, Leandro[5]; Sancho Sancho, Estrella[5]; Rituerto Cuerdo, Juana[6]; Córdoba Loizeau, Jose[1]; Llorente Herranz, Rosa[7]; Herranz López, María Fuencisla[8].

[1]Hospital de Baza, Baza(Granada); [2]Unidad de Heridas G.A.S Segovia, Centro de Salud de Carbonero; [3]Unidad de Heridas G.A.S Segovia, Centro de Salud de Riaza; [4]Unidad de Heridas G.A.S Segovia, Centro de Salud de Villacastín; [5]Equipo de Soporte Domiciliario de Cuidados Paliativos, Segovia; [6]Unidad de Heridas G.A.S Segovia, Segovia; [7]Hospital de Segovia, Segovia; [8]Centro de Salud de Carbonero, Segovia.

28/02/2020 – 15:30 – Sala Zaragoza I

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Describir la implementación del instrumento NECPAL CCOMS-ICO © (NECPAL), en la valoración del paciente con Heridas Crónicas.

Objetivo específico:

- Identificar de manera temprana la necesidad de cuidados paliativos de los usuarios.
- Reorientar los objetivos de tratamiento y cuidados.
- Coordinar el abordaje integral e interdisciplinar.

METODOLOGÍA

El presente trabajo es un estudio descriptivo a través de un caso clínico donde se muestra la importancia de la identificación temprana, para el abordaje correcto y la coordinación de los recursos existentes.

El instrumento NECPAL CCOMS-ICO © (NECPAL) fue incluido en los registros específicos de la Unidad de Heridas de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Segovia.

Previo a su uso, se llevó a cabo una formación específica facilitada por los profesionales que constituyen el Equipo de Soporte Domiciliario de Cuidados Paliativos.

RESULTADOS

El instrumento NECPAL CCOMS-ICO © (NECPAL) permitio una reorientación el abordaje de las heridas. Se situó al paciente y al entorno de cuidados en el centro de la toma de decisiones y se llevó a cabo un abordaje interdisciplinar entre atención primaria, Equipo de Soporte Domiciliario de Cuidados Paliativos y la Unidad de Heridas.

CONCLUSIONES

La herramienta NECPAL CCOMS-ICO © (NECPAL) combina la Pregunta Sorpresa con parámetros clínicos adicionales para una evaluación más completa. La capacidad de estas herramientas de detección para predecir la mortalidad aún se desconoce. Es preciso identificar de manera temprana las necesidades de cuidados paliativos en la valoración integral de los pacientes y entorno de cuidados para establecer objetivos claros y realistas.

CL-07

ABORDAJE DE UNA ÚLCERA DE DIFÍCIL CICATRIZACIÓN CON APÓSITO ANTIMICROBIANO HIDRÓFOBO EN DIFERENTES FASES DEL PROCESO

Álvarez Ordiales, Adán[1]; Vilches Peces, Pedro Andrés[1]; Pla Marzo, Laura[1]; Pradillas Contreras, Inmaculada[1]; Pérez Paredes, Alberto[1]; Sapiña Nebot, Celia[1]; Valls Reig, María[1]; Balaguer López, Evelyn[1]; García Molina, Pablo[2].

[1]Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia; [2]Universitat de València, Valencia.

OBJETIVO

Describir un caso de una mujer con un úlcera de difícil filiación.

MÉTODO

Mujer joven con una úlcera de difícil filiación (aún en el momento actual) en maleolo interno de una pierna derivada a la Unidad de Úlceras y Heridas Complejas por mala evolución y dolor en aumento (7 en la escala numérica permanentemente y 10 durante las curas) tras 3 meses de intentos de resolución con diversas pautas aparentemente adecuadas a su situación clínica.

RESULTADOS

Diversos factores limitaron la aplicación de la pauta de cura habitual en lesiones similares: tratándose de una UEI sin componente isquémico, la paciente no toleró ninguno de los diferentes métodos testados de compresión terapéutica a consecuencia de una patología traumática previa en la extremidad; igualmente, presenta una hiperreactividad cutánea a múltiples sustancias agravada por una excesiva variabilidad en la utilización de productos; por otro lado, se trata de una persona con una patología mental (TOC) que condiciona una reacción al dolor y al prurito que limita de forma muy importante el uso de materiales considerados idóneos y el régimen de curas, como por ejemplo la terapia de presión negativa tópica.

RESULTADOS

El uso de un apósito con tecnología DACC en una matriz de gel hidropolimérica en combinación con un gel de proteasa natural activa ha permitido el avance hacia la práctica recuperación completa en un contexto altamente complejo por el riesgo de fracaso de las terapias implementadas, incluidos microinjertos, motivadas por las lesiones de rascado con el riesgo de infección asociado.

28/02/2020 – 15:30 – Sala Zaragoza I

CL-08

EVITAR AMPUTACIÓN MAYOR DE UN PIE DIABÉTICO CON AYUDA DEL VENDAJE NEUROMUSCULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Zurro González, Susana[1]; De La Hera De La Fuente, María Pilar[2]; Colomer Prieto, Ana[1]; González Calvo, Maria Del Carmen[1]; Crespo De Las Heras, José Antonio[1].

[1]Centro de Salud La Puebla, Palencia; [2]Centro de Salud Palencia Rural, Palencia.

OBJETIVOS

Evitar amputación aplicando vendaje neuromuscular. Cerrar la úlcera de pie diabético.

MÉTODO

Varó, 77 años, con úlcera neuroisquemica critica de pie diabético desde 30/12/2017.

Diabetes Mellitus, Dislipemia, Alzheimer. Amputación 3º dedo pie izquierdo 2003. Amputación transmetatarsiana izquierda 2017.

Ingresa 25/1/2018: gangrena 1º, 4º y 5º dedos del pie derecho. Amputación transmetatarsiana derecha. Dehiscencia. Múltiples ingresos hospitalarios.

Intervenciones: Control de la caga bacteriana. Control metabólico. Restauración del flujo sanguíneo. Control de la presión: descarga, redistribución del peso y eliminación de callos.

RESULTADOS

El 18/10/2018. Úlcera por dehiscencia en parte externa del talón del pie derecho 5x4 cm. Dolor EVA 10. Derivado al hospital por infección. Se propone amputación y el hijo dice que no. Se realiza Friedrich el 2/11/2018.

Del 06 al 21/11. Úlcera 4x3 cm. dolor EVA 7. Tratamiento inicial: gestión de la inflamación, corticoides 3 días/24h y técnica Molndal. Una vez recuperado los bordes y la piel perilesional, aplicación de colágeno, cura en ambiente húmedo con apósito antimicrobiano.

El **22/11.** Úlcera 3x2 cm. Se aplica **vendaje neuromuscular** desde los bordes hasta 2,5 cm de la piel perilesional, CAH. A los tres días dolor EVA 2.

El 17/12 epitelizada. Hidratación con emolientes.

CONCLUSIONES

El vendaje neuromuscular ayuda a la contracción de los bordes de la herida, gestiona el edema, activa y mejora la circulación de la herida, alivia el dolor, ayudando a cerrar la úlcera en 40 días, no vuelve a ingresar, salvando su pie ya que en el ingreso hospitalario la opción de cirugía vascular era la amputación.

CL-09

EL PAPEL DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN EL CIERRE DE ÚLCERA VASCULAR COMPLEJA CON TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA (TPN)

Alonso González, Inés; Pontón Soriano, Mª Cristina; Jaramillo Mellado, Beatriz; Cortezón Tobar, Susana.

Hospital El Escorial, San Lorenzo de El Escorial.

OBJETIVOS

GENERAL: Garantizar la continuidad de cuidados enfermeros entre ámbitos asistenciales.

ESPECÍFICOS: Atención integral a la situación aguda, centrada en paciente-familia, individualizando necesidades y cuidados.

MÉTODO

Paciente de 83 años, ingresado en Medicina Interna, por edemas, celulitis + trombosis venosa en MID, que, debido a las complicaciones, desarrolla úlcera vascular venosa extensa, en cara dorso-lateral de pie derecho de 14cm de extensión longitudinal, y en profundidad hasta plano óseo (maleolo externo) y tendinoso (dorsales del pie). Tras muchas opciones de tratamiento, entre ellas la amputación, se plantea como alternativa, el uso de TPN de forma domiciliaria, guiado por el circuito de continuidad asistencial (CCA). Se estable un plan de cuidados específico y compartido por todos los profesionales, se gestionan citas relativas a la cura y los enlaces con los distintos especialistas.

RESULTADOS

Se inicia TPN durante la hospitalización, tras comprobar buena evolución, aceptación y manejo, el paciente es dado de alta. Se realizan curas en Atención Especializada durante 3 meses, observándose desde el 5º días post-terapia, un óptimo

control del exudado, proliferación del tejido de granulación y aproximación de bordes. De forma coordinada, se deriva a Atención Primaria, para cura plana y vendaje multicapa. Cierre completo y sin complicaciones en 4 meses.

CONCLUSIONES

La TPN, guiada por el CCA, genera ventajas en disminución de costes, mejora la calidad de vida (tratamiento domiciliario, reducción del dolor y del estrés...) y la calidad percibida por el paciente.

Por tanto, la Continuidad Asistencial tiene impacto en salud y mejora la eficiencia del sistema.

CL-10

ÚLCERAS POR SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO SIMULADORAS DE PIODERMA GANGRENOSO

Recarte Marín, Lorena; Pérez Jerónimo, Laura; Peral Vázquez, Alicia; Conde Montero, Elena.

CEP Vicente Soldevilla, Madrid.

OBJETIVO

Mostrar la importancia de un diagnóstico adecuado para un tratamiento correcto en heridas en pierna.

MÉTODO

Paciente de 67 años, diabético, con antecedente de trombosis de la arteria central de la retina y ceguera secundaria, derivado por heridas en ambas piernas de 1 año de evolución, muy dolorosas, con sospecha diagnóstica inicial de pioderma gangrenoso, sin mejoría con tratamiento inmunosupresor.

Teniendo en cuenta los antecedentes del paciente y la presentación de la clínica de las lesiones además de los hallazgos histológicos y analíticos se realiza el diagnóstico de síndrome antifosfolípido.

RESULTADOS

La actividad y la progresión de la necrosis se controló combinando un tratamiento similar al pioderma gangrenoso (inmunosupresor) pero añadiendo anticoagulación. El control del dolor y la posterior epitelización completa se consiguieron con técnicas avanzadas como sevoflurano, terapia de presión negativa e injertos en sello.

CONCLUSIONES

Las úlceras por síndrome antifosfolipido forman parte del diagnóstico diferencial del pioderma gangrenoso. Su diagnóstico puede ser un verdadero reto ya que la clínica puede ser similar.

Además de un adecuado tratamiento inmunosupresor y anticoagulación el manejo combinado con terapia de presión negativa e injertos en sello es una estrategia eficiente para promover la rápida epitelización de las lesiones.

Herida en atención primaria

P-001

DERMATITIS PERILESIONAL. EVOLUCIÓN TÓRPIDA DE HERIDA

Blázquez Blanco, María Isabel[1]; Rodríguez García, Blanca[1]; Ruiz Blázquez, Ines[1]; Ruiz Blázquez, David[1]; García García, María Blanca[2]; Martin Calahorra, Marta[1]; Rodríguez López, Iria Teresa[3].

[1]Centro De Salud De Cebreros, Cebreros (Ávila); [2]Hospital Nuestra Señora De Sonsoles, Ávila; [3]Hospital Universitario De Guadalajara, Guadalajara.

INTRODUCCIÓN

Paciente de 56 años diagnosticada de síndrome de Gardner, el 1989 se relizó colectomía total por adenocarcinoma de reservorio ileal. En diciembre de 2018 es intervenida nódulo en segmento lateral del lóbulo inferior de pulmón derecho, derivada de oncología para realizar curas en consulta de atención primaria. A los 15 días se retiran puntos de sutura y comienza con evolución tórpida, no signos de infección, pero comienza con prurito importante y aparecen pequeñas petequias perilesionales que se van extendiendo. En el lecho encontramos tejido de granulación con esfacelos.

OBJETIVOS

Cicatrización de la herida.

Mejorar la calidad de vida de la paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Curas cada 48/72 horas. Desbridamiento encimático/quirúrgico. Apósitos de silicona extrafinos. Crema barrera.

RESULTADOS

Cicatrización de la herida quirúrgica.

Mejora de la calidad de vida de la paciente.

Palabras clave: Intolerancia. Adhesivo. Dermatitis.

P-002

¿ÚLCERA POR PRESIÓN O QUISTE SINOVIAL?

Rodríguez García, Blanca; Blázquez Blanco, Mª Isabel; García García, Mª Blanca; Ruiz Blázquez, David; Ruiz Blázquez, Inés; Martín Calahorra, Marta.

Centro De Salud De Cebreros, Ávila.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 61 años, con antecedentes de Hiperlipemia, Obesidad y Reflujo Gástrico, en tratamiento con, Clortalidona de 50 mg y Lansoprazol de 30 mg. Ejerce como albañil, sin alergias medicamentosas; acude a consulta por lesión única ulcerada en maléolo externo del tobillo izquierdo de aproximadamente 1cm x 1cm con expulsión de material mucoso en abundancia al presionar, bordes ligeramente inflamados de 2 meses de evolución y que coincide con presión de calzado de seguridad. El paciente refiere dolor local.

OBJETIVOS

- Control del exudado mucoso.
- Evitar infección de la herida.
- Cierre de la lesión.

MÉTODO

Se realiza cultivo con resultado negativo, tras interconsulta a dermatología vía telemática, se diagnostica de quiste sinovial sin descartar úlcera por presión debido al calzado de trabajo.

RESULTADOS

Tras curas durante dos semanas con Ácido Fusídico 20 mg en crema, se deriva a traumatología debido a estancamiento de la herida, donde se realiza aspiración para extraer el contenido mucoso y su posterior descompresión, lo que alivia el dolor del paciente y ayuda a su posterior cierre una semana después con prontosan gel y apósitos hidrocoloides.

CONCLUSIONES

Un trabajo multidisciplinar es clave ante una úlcera complicada. En este caso el drenaje mucoso y el estancamiento de la herida llevaron a este tipo de abordaje.

La clave en los quistes sinoviales es evitar la infección de la herida, la aspiración del contenido mucoso y su descompresión, así como la educación al paciente, indicando calzado de trabajo adecuado, higiene y protección para evitar su reproducción.

P-003

ABORDAJE INTEGRAL A PACIENTE MAL CUMPLIDOR CON ÚLCERA EN EEII

Fernández, Helena; Hernández, Alicia.

Cap Chafarinas, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Paciente de 55 años, natural de Colombia, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes: HTA, DM, hipercolesterolemia, obesidad, y con mala adherencia al tratamiento terapéutico.

En mayo 2019 aparece paciente en consulta presentando placa necrótica de 15 días de evolución de 7cm x 3cm situada en cara interna supramaleolar EEII D. Tras el desbridamiento de la escara, se observa tejido no viable con calcificaciones de imposible retirada debido a cicatriz previa tras IQ por accidente en la juventud. Evolución tórpida a pesar de las curas y medidas de compresión aplicadas. Julio 2019 se deriva a CIR VASC para descartar IVC. Se retorna al paciente para continuar con las curas. Se le recomienda IT, ya que trabaja en la hostelería y pasa muchas horas de pie. Tras la retirada espontánea de las calcificaciones la herida comienza a evolucionar favorablemente. Actualmente, se realizan curas 2 veces/semana (sin medidas de compresión), y presenta un tamaño de aprox 1 cm x 0,5 cm.

OBJETIVO

Retirar la escara para la posterior curación, y así favorecer la reinserción laboral del paciente lo antes posible.

MÉTODO

Se realizan curas encaminadas al desbridamiento enzimático en una 1a fase, y posteriormente a la cicatrización de la úlcera.

RESULTADOS

Durante el proceso realizando las curas según TIME no evolucionaba favorablemente, y tras la educación sanitaria y el reposo recomendado, la evolución ha sido favorable permitiéndole incorporarse nuevamente a la actividad laboral.

CONCLUSIONES

Tras el abordaje multidimensional, no sólo de la úlcera, sino también de la enfermedad asociada, la evolución está siendo favorable.

P-004

IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS SISTEMÁTICO EN PACIENTE CON ÚLCERA VENOSA: ENFOQUE HOLÍSTICO DEL TRATAMIENTO

Encinas Martin, Teodora[1]; Rodríguez Calleja, Mirian[1]; Martin Repiso, Luisa[1]; Pérez Pérez, Lucía[2]; Cardaba García, Rosa Maria[3]; Mileva, Mariela Ivanilova[4]; Pérez Sánchez, Pilar[1]; Diez Bermejo, María Elena[1]; Asenjo Martin, Ana Maria[1]; Galende Bermejo, Gemma Isabel[2].

[1]Centro de Salud Circular, Valladolid; [2]SUAP Arturo Eyries, Valladolid; [3]Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería Valladolid, Valladolid; [4]Centro de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León, Valladolid.

OBJETIVO

Promover la curación por segunda intención de la herida mediante un plan de cuidados con apósitos, compresión y vigilancia de factores de riesgo biopsicosocial.

MÉTODO

Enfoque cualitativo del caso clínico con estrategia TIME y visión Learper: tratamiento, implementación, monitorización y evaluación. Caso clínico: varón de 48 años, trabaja 14 horas de pie, abuso de tabaco y alcohol, acude a la consulta por presentar una úlcera de 6x4 cm en pierna derecha, de un mes de evolución, con signos de infección, dolor y edema. Presenta tensión arterial elevada, obesidad e insuficiencia venosa de ambos miembros inferiores. La herida fue causada por rascado de una lesión costrosa de psoriasis en placas.

RESULTADOS

Tratamiento de la infección con apósito de plata en ambiente húmedo, edema con media de compresión, reducción de peso con alimentación equilibrada e hipertensión arterial con fármacos. Se empezó curando cada 2 días, se prolongó el tiempo de cura con apósitos absorbentes adhesivos, a una vez a la semana, por mejoría y adaptación al trabajo. El paciente mostró bienestar y satisfacción por bajada de peso y cifras tensiónales, cese del consumo de alcohol y curación de la herida en mes y medio para empezar ejercicio físico.

CONCLUSIÓN

El uso de la estrategia TIME en la gestión de los cuidados, facilita la evaluación sistemática de la herida y las preocupaciones del paciente. El cuidado holístico centrado en la persona, no solo es aplicar cura local y medidas de compresión, sino también precisa controlar factores de riesgo, considerando entorno y tiempo.

Herida en atención primaria

P-005

EFECTOS DE LA CARGA BACTERIANA INCONTROLADA Y SU MANEJO EN HERIDAS DE DISTINTA ETIOLOGÍA

Parra Mediavilla, Paula[1]; Mediavilla Sesmero, Mª Victoria[2]; Esteban González, Yolanda[2]; Martin Vaquerizo, Margarita[3]; Gutiérrez Pastrana, María Rosario[2]; Caballero Cabañas, Elena[2]; Martin Saez, Laura[2]; Herrero Callejo, Sara[1]; Fernández Ramajo, María Aranzazu[4]; Hernández Ortega, Elena[4].

[1]Centro de Salud Barrio España, Valladolid; [2]Centro de Salud Tórtola, Valladolid; [3]Centro de Salud Pilarica, Valladolid; [4]Gerencia Atención Primaria Valladolid Este, Valladolid.

INTRODUCCIÓN

Las heridas presentan de una manera natural y espontánea variabilidad en la carga de microorganismos, no siendo esta indicador de presencia de infección.

Tras la interacción huésped-patógeno, se puede encontrar: contaminación, colonización, colonización crítica (con la posible aparición del biofilm) e infección, exigiendo cada fase una actuación diferente.

OBJETIVO

Distinguir los diferentes niveles de carga bacteriana y realizar las intervenciones oportunas.

Determinar un correcto abordaje microbiológico de las lesiones mediante cultivo y el uso de antibióticos, si fuera preciso, antes del resultado.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de dos casos clínicos de herida aguda, de distinta etiología pero con idéntica complicación y resolución.

Primer paciente de 75 años, con insuficiencia venosa periférica, que presenta una herida contusa en cresta tibial izquierda sin signos de infección, que evoluciona en un corto periodo de tiempo hacia una celulitis por Staphilococcus aureus.

Segundo paciente de 82 años, pluripatológico complejo en fase terminal, que presenta una úlcera en maléolo exterior de etiología mixta sin signos de infección, y que en un corto periodo de tiempo evoluciona de lesión eritematosa a destrucción de tejido subcutáneo acompañada de una celulitis por Staphilococcus aureus.

RESULTADOS

Ambos casos evolucionaron de forma favorable, se realizó una recogida de información diaria, modificando cuidados y llevando a cabo un abordaje multidisciplinar de la infección y la flebitis que acompañó a esta.

CONCLUSIONES

La identificación temprana de lesión infectada nos permite aplicar intervención antimicrobiana adecuada teniendo en cuenta las ventajas del uso racional de antibióticos y del correcto estudio microbiológico mediante cultivo.

P-006

LA UTILIZACIÓN DE ANTISÉPTICOS EN EL ABORDAJE DE LAS HERIDAS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Parra Mediavilla, Paula[1]; Rodríguez Samaniego, Laura[2]; Fernández Padilla, María Teresa[1]; Herrero Callejo, Sara[1]; Gómez Alonso, María Inmaculada[3]; Dueña Chamarro, Cristina[4]; Fernández Ramajo, María Aranzazu[5]; Martín Vaquerizo, Margarita[6]; Mediavilla Sesmero, María Victoria[7]; Hernández Ortega, Elena[5].

[1]Centro de Salud Barrio España, Valladolid; [2]Centro de Salud Canterac, Valladolid; [3]Centro de Salud Medina del Campo Urbano, Valladolid; [4]Centro de Salud Circunvalación, Valladolid; [5]Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este, Valladolid; [6]Centro de Salud Pilarica, Valladolid; [7]Centro de Salud Tórtola, Valladolid.

INTRODUCCIÓN

La cicatrización es un proceso complejo que precisa del acondicionamiento del lecho de la herida mediante dos procedimientos fundamentales: la limpieza y el manejo de la posible infección. Entre los productos utilizados se encuentran los antisépticos, un grupo de soluciones tópicas biocidas de diferentes características. Actualmente no existe un consenso universal, sino que la elección de cada producto es individualizada según su eficacia antimicrobiana, grado de citotoxicidad, indicaciones de aplicación y efectos adversos. Mediante un uso adecuado lograremos favorecer el progreso directo de la herida hacia su curación.

OBJETIVO

Remarcar la importancia del uso juicioso de las soluciones antisépticas, mediante el conocimiento de sus propiedades y la elección de su aplicación según evidencia científica.

METODOLOGÍA

Durante octubre de 2019, se realizó la revisión bibliográfica de los estudios publicados en los últimos 15 años (sin restricción de idioma) en las principales bases de datos presentes en la biblioteca sanitaria de Castilla y León. Se planteó la pregunta en base al método Sackett-PICO, identificando palabras clave y posibles DeCS y MeSH.

RESULTADO

Se seleccionaron 23 artículos conformes a los criterios de inclusión pertinentes a la búsqueda bibliográfica: tema, revisión y aplicabilidad; realizando una síntesis de la información obtenida.

CONCLUSIÓN

Las directrices actuales son contrarias al uso sistemático de antisépticos en el abordaje de las heridas crónicas. El personal de enfermería, como responsable del cuidado integral de estas, debe realizar una valoración individualizada basada en la evidencia, eligiendo aquellos productos que optimicen la tasa de curación.

PALABRAS CLAVE

Heridas, antiséptico.

P-007

EXPERIENCIA EN LA CURA DE ÚLCERA POR OSTEOMIELITIS CRÓNICA EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL

Monjo Garriga, Marta; Álvarez García, Pilar; García Arqué, Carmen.

CAP Sant Genis, Rubi.

INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso clínico de una paciente de 49 años afecta de Artritis reumatoide Juvenil, portadora de artroplastia de tobillo Izquierdo con evolución tórpida, presentando osteomielitis crónica en diáfisis tibial que cursa con úlcera cutánea.

OBJETIVO

Evaluar la posibilidad de tratamiento conservador vs amputación de la extremidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Curas cada 24h por exceso de exudado con apósito hidrodetersivo recubierto con matriz cicatrizante microadherente impregnada con plata, y antibiótico sistémico.

RESULTADOS

En una primera valoración nos encontramos con herida en cara anterointerna de tobillo Izquierdo de 12x6 cm. con abundante exudado. Se realiza radiografía de la zona y se cubre con antibiótico de forma empírica. Se procede a realizar curas diarias basándonos en el acrónimo TIME, para gestionar el exceso de exudado durante 4 meses.

Las curas realizadas han permitido reducir la carga bacteriana y gestionar el exudado de la herida. Pese al tratamiento de la herida, la infección ósea latente, ha ido progresando hasta hacer inviable el tratamiento conservador, por dolor severo de la paciente, y riesgo de complicaciones mayores.

CONCLUSIÓN

La presencia y no remisión de la osteomielitis complicó de forma determinante la cicatrización de la herida hasta tal punto que ha sido preciso la amputación de la extremidad.

P-008

TRATAMIENTO COMBINADO: FARMACOLÓGICO, COMPRESIVO Y APÓSITOS

Aparicio Posada, Ester[1]; García Granja, Nerea[1]; Sanz Carballo, Andrea[2]; Fernández Padilla, María Teresa[3]; Martínez Alonso, Diego[4]; Varela Manrique, Sara[5]; Hernández Fernández, Sergio[6]; García Alonso, Marta Marina[1]; Barrero Morcillo, Gloria[1]; Méndez De Haro, Lucía[1].

[1]C.S. Circunvalación, Valladolid; [2]C.S. Canterac, Valladolid; [3]C.S. Barrio España, Valladolid; [4]C.S. Rondilla 1, Valladolid; [5]C.S. Medina del Campo, Medina del Campo; [6]PAC Pilarica, Valladolid.

OBJETIVO

Determinar la eficacia de la terapia combinada en el manejo de las úlceras venosas en Atención Primaria.

MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed y Google Académico; utilizando como palabras clave: pentoxifilina, úlcera, vendaje compresivo. Para analizar la información existente sobre el tema y argumentar la evolución de otros casos de úlceras vasculares utilizando triple terapia.

RESULTADOS

Paciente con antecedentes de úlceras vasculares, portador de medias compresivas desde hace años, acude a consulta de enfermería de atención primaria, por una pequeña úlcera muy dolorosa y con exudado abundante. Tras curas a días

alternos, con diversos apósitos, se recoge cultivo, se pauta antibiótico y tras continuar con una evolución tórpida y se decide junto a MAP, derivación a cirugía vascular.

En consulta, tras estudiar el caso, se decide realizar curas cada 48 horas combinando apósito hidrocoloide con plata, vendaje en triple capa y tratamiento oral con pentoxifilina.

Rápidamente se evidencia una mejoría en la evolución.

CONCLUSIONES

La pentoxifilina es un fármaco utilizado principalmente en el tratamiento de los trastornos de la circulación periférica ya que entre otros efectos fisiológicos, consigue mejorar la microcirculación aumentando así la oxigenación tisular y mejorando finalmente la cicatrización.

De forma tópica, el apósito de plata ayuda en el manejo de la infección, y el vendaje de triple capa mejora la circulación, evitando el éxtasis venoso y contribuyendo así en la cicatrización de la lesión.

La triple terapia utilizada, ha demostrado efectos muy positivos en nuestro paciente.

P-009

TRATAMIENTO CON CUTIMED SORBACT DE UN HERPES ZOSTER EN AMBAS REGIONES INGUINALES EN UN NIÑO

Puentes Sánchez, José[1]; Ramírez Mañas, Carlos[1]; Pardo González, Carmen María[1]; Pardo González, Belén[1]; Puentes Pardo, José David[2].

[1]Hospital Universitario Torrecardenas, Almería; [2]Departamento Bioquímica. Universidad de Granada, Granada.

OBJETIVO

El Herpes zóster es una erupción cutánea vesicante y dolorosa. Este virus se reactiva cuando el sistema inmunitario está debilitado, por medicamentos u otras patologías concomitantes. Objetivo principal: evaluación del tratamiento pautado a este niño diagnosticado de herpes zóster. Tratamiento con un apósito físico, con tecnología DACC. El virus es atrapado y retirado de las lesiones en cada cambio de apósito.

Objetivo secundario: analizar el curso clínico de este caso.

METODOLOGÍA

Se establece una pauta para 12 días de tto con Sorbact. Adiestramos a la mama.

Control y seguimiento diario a través de email y/o whatsapp.

Días 1, 2 ,3: aplicación apósito Cutimed Sorbac en la zona de la lesión c/4 horas, respetando sueño.

Días 4, 5,6: c/6H, haciéndole coincidir, desayuno, comida, merienda y cena.

Días 7, 8,9: c/8H, desayuno, comida y cena.

Días 10, 11,12: c/12, desayuno y cena.

RESULTADOS

Evolución favorable desde el primer día de tratamiento. Se minimizan todos los síntomas afines como picos, escozor y dolor.

CONCLUSIONES

Cutimed Sorbact es eficaz en el tratamiento del Herpes Zóster en este niño. Evita las complicaciones, minimiza y controla la sintomatología (Picor, dolor…) y se puede prescindir del uso de los ttos más habituales en estos casos (fármacos antivirales a base de jarabes y/o comprimidos, analgésicos, pomadas y cremas…).

P-010

MANEJO DE HERIDA COMPLEJA MEDIANTE GESTIÓN DE APÓSITOS DE FIBRAS HIDROTERSIVAS DE PLATA Y MODULADORES DE METALOPROTEINASAS, USANDO CONCEPTO T.I.M.E.

García Saucedo, Juan Alberto; Muñoz Fernández, Isabel María; Mosquera Bustabad, Engracia.

Centro de Salud Mentidero, Cádiz.

INTRODUCCIÓN

La valoración ntegral de la persona es sin duda la base para el abordaje de cualquier herida. Detectaremos con ella aspectos que puedan estar influyendo negativamente en la cicatrización. En el caso presentado se hizo hincapié en la nutrición.

Al mismo tiempo especificamente se hace vlaoración constante del lecho de la herida mediante concepto T.I.M.E. Se trata

de una estratégia dinámica descrita por la European Wound Management Association, basada en 4 puntos : **T (Tissue/ Tejido)**: control del tejido no viable, **I (Infection/ Infección)**: control de la inflamación, **M (Moisture/ Humedad)**: control del exudado, **E (Edge/borde)**: estimulación de los bordes epiteliales.

OBJETIVO

Gestión de herida compleja usando concepto TIME para su completa cicatrización.

METODOLOGÍA

El caso es una paciente de 73 años con diagnóstico de Psoriasis e intervenidada para prótesis rodilla derecha. Presenta un politraumatismo con múltiples heridas tras caída por escaleras por posible episodio de sonambulismo.

Presenta herida de gran tamaño en pierna derecha, con hematoma que tras sutura no cicatriza. Se gestiona tejido necrótico con hidrogel y apósito de fibras hidrotersivas con plata. Después de dos semanas de curas el lecho de la herida aparece sin tejido necrótico (**T**).

Se gestiona inflamación y exudado con apósito modulador de metaloproteinasas apareciendo en tres curas tejido de granulación e islotes de epitelización (**I**).

Tras valoración se hace vendaje multicapa para reducir edema, controlando exudado y favoreciendo avance de bordes epiteliales (Fases **M**,**E**).

CONCLUSIONES

Usando el concepto T.I.M.E. se gestiona la cicatrización sin eventos que la retrasen.

P-011

GESTIÓN DE UNA HERIDA EN LA CABEZA POR MORDEDURA HUMANA TRATADA CON COLÁGENO NATIVO, CLORURO DE DIAQUILCARBAMILO Y VENDAJE NEUROMUSCULAR

Zurro González, Susana[1]; Pirón Villarroel, Noelia[2]; Arqueros De Vega, Cristian[2]; González Pedrosa, Sandra María[2]; Granja Rubio, Alba[2]; Leonardo Fabrique, Rosalia[2]; Sancho Sahagún, Natalia[2]; De La Hera De La Fuente, María Pilar[3].

[1]Centro de Salud La Puebla, Palencia; [2]Centro Asistencial San Juan de Dios, Palencia; [3]Centro de Salud Palencia Rural, Palencia.

OBJETIVOS

Cierre de herida por mordedura humana.

Evitar la infección

MÉTODO

Mujer 49 años, internada Centro de Psiquiatría. El 24/9/2019, otro paciente le propina un mordisco en cuero cabelludo, zona temporal derecha con desgarro total de la piel comprometiendo el tejido dérmico y subdérmico sin lesiones en otros tejidos de 4x4 cm.

Antecedentes personales: Trastorno bipolar. Hipertensión Arterial. Dislipemia. Esplenotomía. Insuficiencia cardíaca. Incontinencia de esfínteres.

RESULTADOS

Limpieza con suero fisiológico, povidona iodada, cura diaria. Profilaxis antibiótica.

25 y 26/09: proceso inflamatorio, cura: metilprednisolona 40mg + hidrofibra hidrocoloide más hidrocelular.

27/09: limpieza suero, colágeno nativo + cloruro de diaquilcarbamilo y apósito hidrocelular, hasta fin de proceso. Disminución del exudado.

28/09: manipulación de la paciente por la noche y la mañana manchando la herida de heces. Se coloca gorro para evitar manipulación.

4/10: hipergranulación, se añade (Betametasona dipropionato, Gentamicina sulfato) 3 días.

13/10: manipulación y rascado de la herida, cura con (Betametasona, Gentamicina) 1 día .Sujeción, extremidades superiores en la noche evitando manipulación.

17/10: cura colágeno nativo + cloruro de diaquilcarbamilo y apósito hidrocelular más vendaje neuromuscular.

15/11: cierre, sin infección.

CONCLUSIONES

El apósito de cloruro de diaquilcarbamilo, antimicrobiano hidrofóbico natural, reduce la carga bacteriana, evita la infección y es una alternativa para la profilaxis de esta mordedura. El colágeno nativo promueve el crecimiento celular de la matriz extracelular, la epitelización y la cicatrización. El vendaje neuromuscular, ayuda a la contracción de los bordes de la herida, gestiona el edema, activa y mejora la circulación de la herida, alivia el dolor.

Herida en atención primaria

P-012

DEHISCENCIA DE SUTURA EN LESIÓN SOBRE DERMATITIS OCRE

Mediavilla Sesmero, Mª Victoria[1]; Parra Mediavilla, Paula[2]; Martin Vaquerizo, Margarita[3]; Herrero Callejo, Sara[2]; Esteban González, Yolanda[1]; Fernández Ramajo, María Aranzazu[4]; Hernández Ortega, Elena[4]; Gutiérrez Pastrana, María Rosario[1]; Caballero Cabañas, Elena[1]; Martin Sáez, Laura[1].

[1]Centro De Salud Tórtola, Valladolid; [2]Centro De Salud Barrio España, Valladolid; [3]Centro De Salud Pilarica, Valladolid; [4]Gerencia Atención Primaria Valladolid Este, Valladolid.

INTRODUCCIÓN

Mujer de 66 años con antecedentes previos de insuficiencia venosa crónica, que durante el mes de septiembre se produce una herida incisa tras traumatismo leve en región anterior de pierna derecha, se realiza sutura en urgencias sobre lecho de dermatitis ocre. Posteriormente, la lesión evoluciona de forma desfavorable con separación de bordes, cavitación y edema.

OBJETIVOS

Conseguir curación de la herida por segunda intención.

Mantener el confort del paciente para lograr la cura de la herida y el control del exudado.

MÉTODO

Estudio descriptivo del proceso de curación del paciente tras dehiscencia de sutura.

RESULTADOS

En una primera valoración se aprecia sutura a tensión sobre piel frágil con sufrimiento de bordes.

En una segunda valoración, se observa dehiscencia y se intenta cierre por segunda intención.

En sucesivas visitas observamos evolución desfavorable, con presencia de infección, cavitación, exudado sero-hemático y edema de la extremidad, se realiza un abordaje multidisciplinar complementando con antibioterapia oral. Continuando realización de curas periódicas hasta el cierre completo de la herida.

CONCLUSIONES

Las heridas agudas no siempre son de abordaje sencillo, en muchas ocasiones se pueden complicar por múltiples factores y hacer que su resolución no sea fácil.

Contamos con el apoyo de la evidencia en cura de heridas y la elección de productos adecuados para el control del exudado, de la infección y cicatrización de la herida. Consiguiendo soluciones a problemas de nuestros pacientes en función de los recursos disponibles evitando que afecte lo menos posible a su calidad de vida.

P-013

LOBULOPLASTIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Salinas Marcos, Antonio Miguel[1]; Martínez Varón, Miguel Javier[2]; Alejandro Rivera Martínez[3].

[1]Centro de Salud Santa Fe, Santa Fe; [2]Consultorio de Caniles, Caniles; [3]Consultorio Ventas de Huelma, Granada.

Paciente con 75 años con diagnóstico de HTA, acude a consulta de atención primaria porque su nieta ha tirado del pendiente que tenía puesto, traccionando el lóbulo de la oreja y segmentándolo, éste hecho le afecta profundamente y considera que deteriora su imagen corporal.

OBJETIVOS

Realizar lobuloplastia con el mínimo dolor y sin la aparición de infección.

Mejorar la opinión de la paciente sobre su imagen corporal.

MÉTODO

Se practica lobuloplastia mediante resección en Friedrich de los segmentos del lóbulo de la oreja y sutura, finalizando con apósito absorbente antimicrobiano con impregnación argéntica. Curas cada 48h con clorhexidina y cambio de apósito. Retirada de sutura a los ocho días.

RESULTADO

El lóbulo ha recuperado su firmeza y consistencia, durante el proceso no se han producido incidencias derivadas de la cirugía, resultado un proceso favorable es del punto de vista costo efectivo.

CONCLUSIONES

La paciente ha recuperado el optimismo con el resultado obtenido, por lo que se ha corregido el deterioro de la imagen corporal que sufría con respecto al proceso. El método ha resultado económico, sencillo y eficaz.

P-014

ESTUDIO DE EFICIENCIA EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON HERIDAS

Fraile Bravo, Mercedes[1]; García Soleto, Ana María[2]; Gutiérrez Méndez, Zulaica[3]; Muñoz García, Leticia[4]; Valenzuela Ocaña, Francisco Jose[4].

[1]Técnico extremeño da Salud. Subdirección de Gestión Económica, Badajoz; [2]Centro de Salud Obispo Paulo, Badajoz; [3]Centro de Salud Urbano I, Badajoz; [4]Smith+Nephew, Madrid.

OBJETIVOS

Describir, en práctica clínica real, el impacto de la utilización de un apósito de espuma hidrocelular con indicador de cambio y capa enmascaradora de exudado, en términos de frecuencia de cambio de apósito y coste semanal, junto con opinión del profesional y satisfacción del paciente.

MÉTODO

Estudio observacional, realizado ocho centros de atención primaria del Área de Salud de Mérida (Extremadura).

Se incluyeron pacientes con heridas que reciben curas con apósito de espuma o cura en ambiente húmedo, o susceptibles ser tratadas, con expectativa de seguimiento mínimo 3 semanas, considerando para su tamaño las recomendaciones publicadas en la literatura para determinar tamaño muestral de estudios piloto.

Hubo periodo de reclutamiento de una semana y posteriormente una visita inicial con cuaderno de recogida de datos (CRD) e información al paciente y/o cuidador y tras cuatro semanas de tratamiento se cumplimentó CRDe vista final.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables recogidas. El estudio contó con el Informe favorable del Comité Ético Investigación Clínica de Badajoz.

RESULTADOS

Número de heridas: 25 heridas, principalmente úlceras de miembro inferior (40%).

Frecuencia de cambio de apósito: Reducción del 58% (De 4,32 a 1,82 cambios semanales ($p<0,0001$)).

Coste por paciente/semana: Reducción del 59% ($p<0,01$).

Satisfacción pacientes y profesionales: Favorable para ambos.

CONCLUSIONES

Usar apósito de espuma hidrocelular con indicador de cambio y capa enmascaradora de exudado supone una gestión eficiente de recursos disminuyendo la frecuencia de cambio de apósito y los costes materiales asociados. Mejora la satisfacción del paciente y de los profesionales.

P-015

PRESENTACIÓN DE ÚLCERA DE MARJOLIN COMO TEJIDO DE GRANULACIÓN EXOFÍTICO: IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA CLÍNICA

Alonso Carpio, Miriam; Sánchez García, Alberto; Trapero Ovejero, Ana; Condiño Brito, Eloy; Ruiz Valls, Alejandro; Vanaclocha Sáiz, Nieves.

Hospital La Fe de Valencia, Valencia.

El término “úlcera de Marjolin” definía un carcinoma escamoso originado de una úlcera o quemadura. Sin embargo, aunque la histología revela éste en el 90%, podemos encontrar carcinomas basocelulares, melanomas, dermatofibrosarcomas y leiomiosarcomas. Así, el concepto “úlcera de Marjolin” abarca actualmente todas las transformaciones malignas de úlceras, cicatrices y heridas.

Presentamos el caso de una paciente de 92 años con una lesión granulada exofítica de 14 por 8 cm en el brazo derecho. Con 7 años sufrió una quemadura de espesor parcial tratada por segunda intención. 85 años después, consultó a su médico por ulceración atraumática del centro de la cicatriz. Inicialmente se trató de forma conservadora con apósitos de hidrofibras. Seis meses después, fue derivada a nuestro centro, donde fue diagnosticada de carcinoma epidermoide. El TC reveló infiltración subcutánea y contacto fascial, sin adenopatías ni metástasis.

Se realizó una escisión radical y análisis histológico, confirmando el diagnóstico. A los dos años, la paciente no presentó recurrencia local ni metástasis.

La demora diagnóstica, y el consiguiente tamaño de su lesión, justifican la necesidad de sospecha de malignidad ante heridas atraumáticas en regiones cicatriciales. Otros signos sugestivos incluyen: tejido de granulación exofítico, sangrado y linfadenopatías.

No existe consenso sobre el tratamiento, pero el más aceptado es la escisión con márgenes. Algunos autores recomiendan la resección cicatricial total profiláctica. Sería prudente individualizar, dado que las cicatrices de quemaduras pueden ser extensas y no existe evidencia suficiente. En nuestra paciente, la escisión con márgenes constituyó un tratamiento curativo sin morbilidad adicional.

Herida en atención primaria

P-016

CUIDADO DE LA PIEL DESDE LA PREVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Moreno Huerta, Eva[1]; Garriga Peralta, Norma[1]; Berges Rodrigo, Montse[2]; Gago, María[1]; Rodríguez Sierra, Nuria[3].

[1]Cis Cotxeres, Atención Primaria, Barcelona; [2]Cis Cotxeres, Barcelona; [3]Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

OBJETIVO

Dar a conocer la importancia del cuidado de la piel a través de la alimentación y cosmética natural con aceite de oliva en la consulta de Atención Primaria.

MÉTODO

Revisión bibliográfica sobre las dietas que utilizan aceite de oliva y cuidados de la piel con cosmética natural con aceite de oliva. Experiencia profesional de las enfermeras.

RESULTADOS

Después de realizar una revisión bibliográfica sobre las propiedades del aceite de oliva vemos que es un componente muy saludable para el cuidado de la piel.

Observamos que los usuarios que atendemos nos preguntan por dietas equilibradas y productos naturales libres de tóxicos.

Desde la consulta de enfermería explicamos a nuestros usuarios la importancia del consumo de una dieta equilibrada con aceite de oliva y un cuidado de la piel con productos de cosmética natural con base de aceite de oliva.

Las enfermeras han visto que el aceite de oliva nos ayuda a mejorar la elasticidad de la piel, previniendo la descamación y mejorando la deshidratación. Estos factores pueden producir pequeñas heridas que si se infectan nos darán un problema de salud.

CONCLUSIONES

Varios estudios realizados nos explican la importancia del consumo del aceite de oliva. Protegiendo contra la inflamación, el estrés oxidativo y el riesgo cardiovascular provocados por el envejecimiento.

El aceite de oliva en cosmética natural contiene antioxidantes y polifenoles naturales que protegen la dermis.

Es importante que las enfermeras de Atención Primaria estén formadas en Dermocosmética natural y en nutrición para poder informar correctamente a nuestros usuarios.

P-017

A PROPÓSITO DE UN CASO: TOFO GOTOSO

Betancor Sarmiento, Samuel C; Avelli, Judit; Forcada, Iris; Benlamin, Bouchra; Sánchez, Rosalía; Parramont, Didac; Alcantarilla, Daniel.

CAP Santa Clara; Girona-1, Girona.

OBJETIVOS

Evaluar la cicatrización de las lesiones ocasionadas a raíz de un tofo por gota a través del seguimiento de la enfermera primaria.

Saber los cuidados en este tipo de lesiones según las etapas de cicatrización, y mejorar así el afrontamiento**.**

MÉTODO

Paciente en seguimiento por reumatología por gota tofacea Hace 45 días acude al servicio de urgencias del hospital por molestias en talón del pie izquierdo, valoran tofo que fluctúa, deciden exceresis, se extrae líquido viscoso y blanquecino, tras el vaciado del tofo, deciden desbridar, quedando al aire tres depósitos de urato, en forma de cristales.

Se pautan curas desde traumatología con pomada antibiótica de nitrofural al 2%, tul graso y venda elástica de tracción larga. Evolución tortuosa, sin cambios en dos meses que llevamos de tratamiento.

Desde la consulta de enfermería de atención primaria se intentó cambiar la cura a hidrofibra con Ag, hasta que desaparecieron manifestaciones de infección (10 días) Luego intentar retirar cristales con pinzas, y curas con tull graso+ vendaje de sujeción + descarga para facilitar la movidad. El paciente no acepto cambiar las curas.

RESULTADOS

Lesión que evoluciona favorablemente, hasta que se estanca, con evolución tórpida, curas pautadas desde el servicio de traumatología, imposibilitando a la enfermera de atención primaria utilizar sus conocimientos para un manejo independiente. Caso abierto.

CONCLUSIONES

Heridas poco frecuentes, en las que los conocimientos de la enfermera de atención primaria pueden ser efectivos para proporcionar el máximo confort, ya que la curación de la misma es multifactorial.

P-092

QUEMADURA POR CIANOACRILATO DE METILO

Rodríguez García, Blanca[1]; Blázquez Blanco, Mª Isabel[1]; García García, Mª Blanca[2]; Ruiz Blázquez, Inés[1]; Ruíz Blázquez, David[1]; Martín Calahorra, Marta[1].

[1]Centro De Salud De Cebreros, Ávila; [2]Hospital Nuestra Señora De Sonsoles, Ávila.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 57 años, fumador de 30 cigarros/día, sin antecedentes de interés ni alergias conocidas que acude a consulta por quemaduras de 2º grado en pulpejo de 2º dedo de mano derecha (1,3 cm) y 5º dedo de mano izquierda, puntiforme, próxima a uña (0,5 cm) con cianoacrilato de metilo, con bordes difusos, tejido de granulación y desvitalizado, de un mes de evolución, el paciente refiere curas con agua helada y crema hidratante. Pulsos presentes.

OBJETIVOS

- Control de la infección.
- Eliminación del tejido desvitalizado.
- Cierre de las lesiones.

MÉTODO

Se realiza cultivo positivo a Staphylococcus Aureus. En un principio se realizan curas con colagenasa, apósitos de plata y con hidrogeles, que el paciente no tolera. Se decide la siguiente cura: apósito de hidrofibra de hidrocoloide con hidrogel sobre lechos ulcerales, apósito secundario de espuma de poliuretano microaherente y vendaje tubular de sujeción con una frecuencia de 2-3 curas semanales, que el paciente finalmente tolera, probablemente también por un mejor control analgésico.

RESULTADOS

Tras 4 semanas de curas se consigue la epitelización total de las quemaduras.

CONCLUSIONES

Se insiste al paciente en el cese del hábito tabáquico, y se le explica la influencia de este hábito nocivo en la curación de las quemaduras y se incide en la importancia de una adecuada adherencia terapéutica para un eficiente control del dolor.

PD-01

CURANDO CON MAGNETOTERAPIA

Vergara Sánchez, Mª Elena[1]; Magro Guillen, Mª Angélica[2].

[1]FREMAP, Guadalajara; [2]FREMAP, Zafra.

OBJETIVOS

Evidenciar si realmente la magnetoterapia nos puede ayudar en la cicatrización de heridas de difícil cicatrización.

MÉTODO

Revisión bibliográfica sobre los efectos de la magnetoterapia en el tratamiento de heridas.

Estudio de casos de pacientes con heridas que cumplan los siguientes criterios: Heridas con una evolución de más de 15 días y/o pacientes de riesgo por sus patologías previas con evolución tórpida, en los que hemos utilizado la magnetoterapia como parte del tratamiento y se ha fotografiado el proceso.

RESULTADO

Desde el punto de vista tisular y orgánico la magnetoterapia presenta una serie de acciones como son: vasodilatación, aumento de la presión parcial de oxígeno en los tejidos, efecto sobre el metabolismo del calcio en el hueso y sobre el colágeno y relajación muscular, a parte de estos efectos biológicos, la magnetoterapia tiene tres efectos generales que nos ayudan en el proceso de granulación y epitelización de las heridas que son: efecto antiinflamatorio, efecto regenerador de los tejidos por su acción sobre el colágeno y efecto analgésico.

Se han estudiado un total de 15 casos de los que se han descartado 3 por falta de documentación gráfica, quedando 12 casos de distinta etiología en los que se ha demostrado buena evolución.

CONCLUSIONES

Poder contar con ayudas como la magnetoterapia es una opción interesante en el tratamiento de pacientes con heridas de difícil cicatrización, comprobando la mejora en la evolución de las heridas.

Herida en atención primaria

PD-02

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA EPIDERMÓLISIS AMPOLLAR

Canuto Martin, Eugenia[1]; Suarez Rodríguez, Elena[2]; Jiménez Camara, Maria[1]; Molina Domec, Izarbe[1]; Alguacil Ruiz, Elisabet[2]; Estrada Fernandez, Saray[1].

[1]Sant Llatzer, Tarrassa Barcelona; [2]Cap Nord, Tarrassa Barcelona.

OBJETIVOS

- Describir qué es la EB.
- Averiguar cómo afecta a las personas que la padecen y a su entorno.
- Analizar el papel de la enfermería en el manejo de las habilidades.

METODOLOGÍA

La búsqueda se realizó a través de diferentes fuentes, como son CINAHL, Medline Plus, Medline, Dialnet, Cochrane Plus, Google Scholar. También se ha consultado la página web de FEDER (Federación Español De Enfermedades Raras) y DEBRA (Asociación Española de Epidermólisis Bullosa). Esta información ha permitido recopilar las mejores evidencias sobre Epidermólisis Bullosa.

RESULTADOS

Esta patología puede afectar psicológicamente de diferentes maneras al paciente, siendo la más habitual la falta de confianza y autoestima, depresión, ansiedad, frustración, ira, o incluso, éstos han llegado a expresar sentimientos de vergüenza, repugnancia y desprecio hacia sí mismos.

Respecto a la vida laboral, la EB constituía una barrera a la hora de conseguir trabajo, reforzando el sentimiento de inutilidad personal y frustración.

CONCLUSIONES

El personal de Enfermería será el que mayor tiempo pase con estos pacientes, por ello, debe establecer una correcta coordinación entre ellos para proporcionar la mejor asistencia posible, dando lugar a un mejor equilibrio de la vida familiar, promoviendo una mayor calidad de vida, la detección temprana de posibles complicaciones y el respiro al sistema hospitalario. Así como incorporando a la familia en el aprendizaje de las pautas básicas para prevenir el deterioro de la integridad cutánea a causa de una mala realización de las curas de las lesiones.

PD-03

DEFORMIDAD EN INTRINSECUS MINUS SECUNDARIA A SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Collia Martín, Francisco[1]; García Bernal, Fco Javier[2]; Ferraz Montes, Nance[1]; Sancho Iglesias, Belen[1]; Cañas Gómez, Salvador[3].

[1]Instituto Regalado y Bernal, Bilbao; [2]Mutualia/Instituto Regalado y Bernal, Bilbao; [3]Hospital de Basurto /Instituto Regalado y Bernal, Bilbao.

INTRODUCCIÓN

Diversas enfermedades pueden ocasionar una falta de movilidad en las manos. En estas situaciones una falta de rehabilitación o la ausencia de una ferulización adecuada provoca una deformidad en “intrinsecus minus” (contractura en extensión de articulaciones metacarpofalafángicas y contractura en flexión de articulaciones interfalángicas proximales y distales), deformidad que impide la prensión de objetos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los autores presentan su experiencia en el tratamiento de dos pacientes con deformidad en intrinsecus minus en ambas manos secundarias a Síndromes de Guillain-Barré. Ante la ausencia de mejoría con tratamiento rehabilitador, se indica el tratamiento quirúrgico (capsulotomias metacarpofalángicas) y se inicia rehabilitación inmediata por parte de la Unidad de Terapia Ocupacional.

RESULTADOS

Ambos casos las pacientes experimentaron una notable mejoría funcional, adquiriendo una función de prensión tras la cirugía y la rehabilitación.

CONCLUSIÓN

El tratamiento quirúrgico (capsulotomias) seguidas de rehabilitación inmediata y el empleo de férulas dinámicas pueden conseguir la rehabilitación de manos con deformidades en “intrinsecus minus”. En ambos casos, una adecuada rehabilitación y ferulización podrían haber evitado la aparición de esta deformidad.

PD-04

ABORDAJE DE HERIDAS EN PACIENTE ONCOLÓGICO POR PARTE DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA. CASO CLÍNICO

Martin De La Calle, Soraya[1]; Calle Frías, Ana Belén[2]; González Álvarez, María Sonsoles[1]; Arranz López, Daniela[3]; Villaescusa Fulgencio, Cristina[4]; Martín Salvador, Noelia[4]; Concejo Vallejo, Mª Carmen[1].

[1]Gerencia Atención Primaria Valladolid Este, Iscar; [2]Gerencia Asistencia Sanitaria De Segovia- Atención Primaria, Segovia; [3]Gerencia Atención Especializada Valladolid Este/Oeste, Valladolid/Medina Del Campo; [4]Gerencia Atención Primaria Valladolid Este, Valladolid.

OBJETIVOS

- Describir la evolución del caso clínico y la situación basal del paciente.
- Analizar las intervenciones de enfermería y proporcionar cuidados que aseguren el confort del paciente en estadios avanzados de la enfermedad oncológica.
- Determinar el papel de enfermería de atención primaria en cuidados paliativos durante la atención domiciliaria.

MÉTODO

La metodología utilizada se ha basado en el seguimiento de la evolución del paciente, junto con la valoración de su historia clínica y las intervenciones de enfermería llevadas a cabo por atención primaria tanto en el centro de salud como en su domicilio.

RESULTADOS

La atención prestada por enfermería en pacientes oncológicos es un pilar fundamental en la base del seguimiento por atención primaria, teniendo en cuenta la valoración integral del paciente, y asegurando unos cuidados paliativos de calidad en las fases finales de la vida y una dignidad ante el proceso inminente de la muerte.

Las intervenciones de enfermería ante este tipo de pacientes abarcan desde curas iniciales con el fin de favorecer la cicatrización, a curas paliativas al final del proceso; sin olvidar la nutrición del paciente, el dolor y el efecto tanto psicológico como estético, así como el apoyo emocional al cuidador principal.

CONCLUSIONES

A lo largo de todos los procesos por los que el paciente pasa durante su enfermedad, es importante que los profesionales de enfermería realicen una valoración integral del paciente y de su entorno para elaborar un plan de cuidados adaptado a las necesidades de cada fase de la enfermedad.

PD-05

APLICACIÓN DE POLIHEXANIDA EN IRRIGACIÓN DE HERIDAS

Salinas Marcos, Antonio Miguel[1]; Martínez Varón, Miguel Javier[2]; Salinas Castro, Fernando Javier[3].

[1]Centro de Salud Santa Fe, Santa Fe; [2]Consultorio de Caniles, Caniles; [3]Hospital Santa Ana, Motril.

OBJETIVOS

Conseguir tejido de granulación más fácilmente.

Reducir el tiempo en la eliminación de esfacelos.

No provocar dolor innecesario en el paciente.

MÉTODO

Para la irrigación se usa polihexanida y un irrigador electrónico de flujo controlado con batería de lítio. Se realizan irrigaciones seriadas de unos cinco segundos de duración, dependiendo del aguante del paciente y/o dek resultado deseado y posterior secado mediante gasa estéril.

RESULTADO

Los biofilms son desprendidos del lecho con facilidad, se obtiene tejido de granulación más rápidamente y sin provocar dolor al paciente. Aun cuando hay que seguir estudiando el método, puede ser una vía a explorar por sus buenos resultados.

CONCLUSIONES

La aplicación de la polihexanida mediante irrigador ha resultado un método muy favorable en la limpieza de heridas y en la eliminación de esfacelos. Sin aumentar el dolor sobre el paciente y reduciendo el tiempo necesario para el cierre y cicatrización de las heridas.

Herida en atención primaria

PD-06

HERIDAS POR PÉRDIDA DE SUSTANCIA EN DEDOS DE LA MANO: PASADO, PRESENTE Y FUTURO

Blasco García, Sara; Cantin Polo, Sandra; Javierre Loris, Isabel; Romeo Carrascón, Carolina; Massague Sánchez, Juan.
Fremap Zaragoza II, Zaragoza.

OBJETIVO GENERAL

Analizar el abordaje de heridas con pérdida de sustancia en dedos de la mano con afectación de zona I de Allen del pulpejo en el ámbito del centro asistencial FREMAP Zaragoza 2.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional retrospectivo sobre una muestra significativa seleccionada, que aborda a pacientes con herida por pérdida de sustancia en pulpejo de dedo de mano (zona I de Allen) en un periodo de 5 años, tratados en nuestro centro asistencial.

RESULTADOS

En una muestra de 200 pacientes se observa variabilidad en cuanto al abordaje inicial dependiendo del profesional y de si la 1ª asistencia se realiza en nuestro centro o no. Se determina una mayor incidencia en 1º y 2º dedo. El apósito primario utilizado afecta a la frecuencia de aparición de hipergranulación. Las heridas tratadas inicialmente con nitrato de plata presentan una evolución más tórpida, sin embargo la incidencia de casos que cursan con infección y/o secuelas es minoritario. Variables como factores de riesgo personales, curas sucesivas y afectación en mano dominante, son difíciles de valorar debido a un registro insuficiente.

CONCLUSIONES

- El registro de cura inicial, seguimiento y pautas de autocuidado al alta son claramente insuficientes por lo que sería conveniente determinar un estándar en cuanto los datos a registrar.
- No hay establecido un criterio sobre el primer abordaje, por lo que se propone un tratamiento inicial estandarizado, dependiendo las curas sucesivas de la evolución y la fase de cicatrización.

PD-07

MANEJO DE LOS TRAUMATISMOS UNGUEALES EN EDAD PEDIÁTRICA

Ferraz Montes, Nance[1]; García Bernal, Fco Javier[2]; Collia Martin, Fco[1]; Cañas Gómez, Salvador[3]; Zayas Pinedo, Paloma[3].
[1]Instituto Regalado y Bernal, Bilbao; [2]Mutualia / Instituto Regalado y Bernal, Bilbao; [3]Instituto Regalado y Bernal/ Hospital de Basurto, Bilbao.

OBJETIVO

Los traumatismos ungueales en edad pediátrica constituyen un motivo de consulta habitual en los servicios de urgencias. En edad pediátrica, estas lesiones se deben presentan generalmente en forma de aplastamientos y/o avulsiones, por producidas puertas o cajones.

A pesar de su frecuencia, en ocasiones son infravalorados e inadecuadamente tratados, generalmente por el desconocimiento de la anatomía de la uña y del manejo de estas lesiones. Los autores revisan la técnica quirúrgica de las lesiones de la matriz ungueal.

MÉTODO

En un ambiente aséptico, la revisión y reparación de la matriz ungueal, permite reconstruir de una forma sencilla estas lesiones.

Dentro del manejo postoperatorio, el empleo de gasas impregnadas en vaselina es fundamental para evitar la adherencia de los vendajes a las heridas, asi como disminuir el número de curas al mínimo indispensable, para reducir la ansiedad anticipatoria.

RESULTADOS

La reparación de la matriz ungueal evita las deformidades y secuelas tanto estéticas como funcionales.

La disminución del número de curas y de maniobras dolorosas facilitan el manejo del paciente.

CONCLUSIÓN

El correcto abordaje de estas lesiones va a influir positivamente en la participación activa del niño en el tratamiento y en la recuperación funcional de la mano.

Por otro lado evitará la aparición de tanto deformidades residuales estéticas y como funcionales.

PD-08

GESTIÓN DE HERIDA CRÓNICA DE ETIOLOGÍA VENOSA Y ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE

Muñoz Fernández, Isabel María; Mosquera Bustabad, Engracia.

Centro De Salud Mentidero, Cádiz.

INTRODUCCIÓN

Nos encontramos con una situación muy frecuente en el día a día de la Atención Primaria. La mayoría de las guías clínicas Basadas en la Evidencia, recomiendan una valoración exhaustiva de la lesión y del propio paciente.

El perfil del paciente es un varón de 54 años, diagnosticado de diabetes mellitus 2, indulinodependiente y con obesidad mórbida. Es independiente para todas las actividades de la vida diaria, sin embargo hace vida sedentaria. Presenta una lesión en lateral pierna derecha de dos meses de evolución que ha tratado el mismo en domicilio sin supervisión, presenta emplastamiento y edema de pierna, muy exudativa y esfacelos en el lecho de la herida. Nula adherencia a hábitos saludables, ejercicio y control diabético.

OBJETIVOS

Valoración integral del paciente, realizando un plan de cuidados para lograr adherencia a cambios de hábitos saludables.

Gestión de herida mediante concepto TIME, usando apósitos de fibras hidrotersivas de plata para limpiar esfacelos y apósitos moduladores de metaloproteinasas para favorecer cicatrización.

METODOLOGÍA

Se realiza un plan de cuidados recogiendo todos los aspectos del cuidado integral del paciente diabético y con obesidad.

Se realiza Índice tobillo brazo para descartar etiología arterial. Conserva pulsos pedio y tibial posterior y comenzamos terapia compresiva gradual para facilitar adherencia.

RESULTADOS

Tras cuatro meses de tratamiento la adherencia a hábitos saludables es muy buena y la herida está resuelta.

CONCLUSIONES

Una valoración integral del paciente y gestión de la herida (TIME), dan buen resultado en adherencia y cicatrización de herida de etiología vascular.

PD-09

CUANDO NO SE PUEDE CURAR SE PUEDE CONFORTAR

Ballester Zanuy, Isabel; Fuertes Villalba, Anna; Pérez Raga, Cristina; Cañada Monblant, Ruth; Pérez Gómez, Isabel; Sánchez Miranda, Elisa; Megino Escobar, Sofía; Baltà Domínguez, Laura; Piedra Berraquero, Cristina; Vives De La Cortada Bechtold, Montserrat.

ICS, Barcelona.

INTRODUCCIÓN/OBJETIVO

Promover el bienestar físico y psíquico de la paciente a pesar de no poder curar sus heridas.

METODOLOGÍA

2014- Paciente de 72 años diagnosticada de Carcinoma ductal infiltrante de mama, Grado 2, cT2 cN1 M0 triple negativo. 2019- Evoluciona con progresión local y axilar observándose úlceras extensas exofíticas en ambas mamas, conglomerado adenopático en región axilar bilateral, posible nódulo pulmonar. Alta hospitalaria: se deriva a AP para curas domiciliarias. Al no haber antecedentes patológicos destacables las curas se centraron en la lesión, confort de la paciente y apoyo psicológico.

Observamos una lesión de tamaño considerable sin signos de infección. Iniciamos curas c/24h con agua jabonosa+metronidazol fomentos+metronidazol gel+aposito de tul+biatain+malla de carbón activo y plata+gasas y como último apósito, debido al gran exudado, cubrimos la lesión con un pañal absorbente traspirable para mayor confort.

RESULTADOS

Metronidazole: antibacteriano y antiprotozoario, activo frente a gran cantidad de microorganismos patógenos logró mantener la herida sin infección.

Apósito de tul: garantizó los cambios de forma atraumática e indolora.

Apósito de carbón activado-AG: protegio la herida de infección y controló el mal olor.

Pañal traspirable: da menos calor disminuyendo el disconfort de la paciente.

Todo ello sumado al apoyo psicológico de la enfermera, en el momento de la cura, hizo más llevadera la situación en que se encontraba la paciente.

CONCLUSIONES

Con la elección del apósito adecuado y la intervención de la enfermera de AP atendiendo física y psicológicamente a la paciente, se logró una atención integral manteniéndose en el domicilio como era su voluntat.

PD-10

MANEJO DE ÚLCERAS CRÓNICAS CON (REOXCARE)®

Ferraz Montes, Nance[1]; García Bernal, Francisco Javier[2]; Collia Martín, Francisco[1]; Cañas Gómez, Salvador[3]; Zayas Pinedo, Paloma[3].

[1]Instituto Regalado y Bernal, Bilbao; [2]Mutualia/Instituto Regalado y Bernal, Bilbao; [3]Instituto Regalado y Bernal/ Hospital de Basurto, Bilbao.

INTRODUCCIÓN

Recientemente hemos incorporado a nuestro arsenal terapéutico, un apósito antioxidante de origen natural para el manejo de úlceras crónicas (Reoxcare®).

Compuesto por una matriz laminar liolizada vegetal y una solución de hidratación con propiedades antioxidantes a base de acetilcisteína y cúrcuma, destaca por su capacidad de absorción. Sus componentes reducen los niveles de radicales libres tóxicas presentes en el lecho de la herida, facilitando la recuperación de la fase inflamatoria y, como consecuencia la curación de la herida.

MÉTODOS

Presentamos el caso de dos úlceras crónicas en pie tratadas el apósito (Reoxcare®). La paciente 1, diabética, presentaba una úlcera en el borde lateral de la cabeza del primer metatarsiano, dolorosa, de 8 meses de evolución que no había cicatrizado a pesar de las medidas aplicadas. La paciente rechaza el tratamiento quirúrgico. El paciente 2, presentaba una úlcera vascular, crónica e injertada en dos ocasiones.

Se instaura en ambos casos curas cada 3-4 días con apósito Reoxcare®. RESULTADOS. Mediante la aplicación de este apósito se consigue la curación de la herida a las 10 semanas en el primer caso y una notable epitelización y reducción de las úlceras a los 16 semanas en el segundo caso.

CONCLUSIONES

Las características de este apósito (Reoxace®) favorecen la curación de úlceras crónicas, por lo que debe ser considerado como opción terapéutica para estos casos.

PD-11

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA EN LESIONES ATÍPICAS TRAS PICADURA DE INSECTO A PROPÓSITO DE UN CASO

Calle Frías, Ana Belén[1]; Martin De La Calle, Soraya[2]; Arranz López, Daniela[3]; González Álvarez, María Sonsoles[2]; Palacios Manso, María Gema[1]; Concejo Vallejo, Mª Carmen[2].

[1]Gerencia Asistencia Sanitaria De Segovia- Atención Primaria, Segovia; [2]Gerencia Atención Primaria Valladolid Este, Íscar; [3]Gerencia Atención Especializada Valladolid Este/Oeste, Valladolid/Medina Del Campo.

OBJETIVOS

- Definir la evolución del caso clínico.
- Establecer las intervenciones de enfermería y actividades evidenciadas que proporcionan cuidados de enfermería de calidad en lesiones dermatológicas atípicas.
- Analizar el papel de enfermería en la detección de posibles complicaciones que repercuten en la calidad de vida del paciente.

MÉTODO

La metodología utilizada ha sido un control y seguimiento de la evolución del caso clínico, junto con la valoración de la historia clínica del paciente y las intervenciones de enfermería llevadas a cabo.

Además, se lleva a cabo una revisión bibliográfica en distintas bases de datos electrónicas en busca de evidencia y casos similares en Pubmed, Cinahl, Cochrane. Se utiliza también el banco de evidencias de la GNEAUPP, AEEV y los referenciales que facilitan. Se utilizan términos DeCS: lesiones atípicas, dermatología, intervenciones de enfermería. Se excluyen artículos de más de cinco años y los idiomas aceptados son castellano e inglés.

RESULTADOS

La evolución de las lesiones dermatológicas atípicas sin cuidados de enfermería basados en la evidencia conlleva complicaciones graves para el paciente, tales como, retraso de la cicatrización, dolor, vasculitis, impotencia funcional así

como repercusión psicológica.

Dichas complicaciones pueden reducirse con un correcto abordaje de este tipo de lesiones y una detección precoz de las mismas, junto con una atención integral y multidisciplinar del paciente.

CONCLUSIONES

El seguimiento y control de enfermería en este tipo de pacientes con lesiones atípicas precisa elaborar un exhaustivo plan de cuidados individualizado y basado en la evidencia para llevar a cabo una resolución temprana de estas lesiones.

PD-12

SÍNDROME DE BEHÇET: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dueña Chamarro, Cristina[1]; Parra Mediavilla, Paula[2]; Rodríguez Samaniego, Laura[3]; Casaval Camara, María Luisa[4]; Álvarez González, Antonio[5]; Gómez Alonso, María Inmaculada[6]; Hernández Crespo, Lidia[1]; Hernández Crespo, Cristian[7]; Chamarro Andrés, Consuelo[8].

[1]CS Circunvalación, Valladolid; [2]CS Barrio España, Valladolid; [3]CS Canterac, Valladolid; [4]CS Tudela de Duero, Valladolid; [5]CS Rondilla I, Valladolid; [6]CS Medina Urbano, Valladolid; [7]Angiología y Cirugía Vascular HCUV, Valladolid; [8]Diputación de Soria, Soria.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Behçet es un desorden inflamatorio crónico, multisistémico de origen desconocido. Está caracterizado por úlceras orales y genitales recurrentes, así como lesiones cutáneas y oculares, alteraciones del sistema nervioso central y vasculares.

Se presenta un estudio descriptivo a través de la exposición del caso clínico de un varón de 46 años con dicho síndrome, el cual acude a consulta tras la aparición de una lesión en la zona tibial.

OBJETIVOS

- Alcanzar la epitelización de la úlcera mediante el control del exudado y carga bacteriana.
- Conseguir el máximo bienestar del paciente.

MÉTODO/DESCRIPCIÓN DEL CASO

24/06/2019: Primera valoración por enfermería. Lesión dolorosa, poco exudativa, de 10 mm de diámetro con tejido esfacelado y de granulación. Se inicia cura: limpieza con SF, fomento con polihexanida y aplicación de hidrogel y apósito de espuma de poliuretano adhesivo con reborde de silicona. Se pautan curas cada 72 horas.

23/07/2019: Última cura. Epitelización de la lesión. Evolución satisfactoria con la cura que se pautó desde el inicio sin necesidad de cambios. Se da el alta al paciente.

RESULTADOS

Mediante el manejo de las diferentes variables se consiguió la cicatrización completa de la lesión en 30 días, evidenciándose además una disminución progresiva del dolor.

CONCLUSIONES

Dada la baja prevalencia de este síndrome, y que la aparición de úlceras es frecuente, es necesario un adecuado conocimiento de la enfermedad para realizar una rápida intervención y un tratamiento adecuado de manera que se minimicen las consecuencias y se maximice el confort del paciente.

PD-13

INFOGRAFÍA TIME: ABORDAJE DE LAS HERIDAS CRÓNICAS

Tuset Martínez, Anna[1]; Tuset Garijo, Gemma[2]; Grau Beltrán, Laura[2]; Pujol Porqueras, Míriam[2]; Montes Romero, Nieves[2]; Tuset Garijo, Emma[3]; Martín Puig, Elena[4].

[1]URV, Tarragona; [2]CAP Jaume I Tarragona, Tarragona; [3]Hospital Joan 23 Tarragona, Tarragona; [4]CAP Vila Rodona, Tarragona.

Las lesiones crónicas representan un problema, tanto para el paciente y su entorno como para el sistema de salud. (1)

Las heridas crónicas acostumbran a ser el signo clínico de un problema de salud subyacente y para su abordaje es preciso establecer el diagnóstico etiológico de la lesión, su tratamiento y actuar sobre los hábitos de vida susceptibles de ser mejorados.

La cura de las heridas depende casi totalmente del colectivo enfermero y su resolución va ligada a las habilidades del profesional que las trate. Lo cierto es que estas prácticas no siempre se basan en la evidencia científica.

Según Falanga, los componentes individuales del acrónimo TIME, ofrecen unas pautas para ayudar a los profesionales sanitarios a desarrollar un enfoque integral mediante el cual pueda aplicarse el conocimiento científico básico a la cura

de las heridas crónicas. Este concepto parte de una estrategia integral, coherente y continua del cuidado de las heridas, haciendo además posible una reducción del coste económico sanitario. (3)

A todo ello hay que sumar la extensa gama de productos que oferta la industria farmacéutica ante la elección del apósito para la gestión de la herida en cada momento del proceso.

Ante la variabilidad descrita en el diagnóstico y consiguiente abordaje de las heridas crónicas surge la idea de crear una infografía que basándose en el concepto TIME, recomiende en cada fase del proceso de cicatrización la actuación adecuada así como el tipo de apósito recomendado.

PD-14

"FAKES" SOBRE HERIDAS. ¿QUÉ HAY DE CIERTO?

Jiménez Cámara, María; Estrada Fernández, Saray; Sánchez Vicente, José Manuel; Alguacil Ruiz, Elisabet; Suárez Rodríguez, Elena; Molero Carrillo, Eva; Pozo Pérez, Sara; Canuto Martín, María Eugenia.

Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa (Barcelona).

OBJETIVOS

Analizar "Fakes" que, por su alcance, tanto profesionales de la salud como pacientes han llegado a darles credibilidad.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica que pretende determinar la evidencia científica existente. Se consultaron bases de datos como Pubmed, Cochrane y Cuiden, así como algunas revistas especializadas. Se utilizaron las palabras clave junto con el operador booleano "AND". De un total de 40 documentos se seleccionaron 10 para analizar.

RESULTADOS

En nuestras consultas lo vemos cada día, los pacientes acuden cargados de información que han leído en internet y que se creen de manera fehaciente. Ocurre lo mismo con el personal sanitario. Las nuevas herramientas de comunicación están al alcance de todos y el flujo de información depositado no tiene límite ni control alguno. Hoy en día la capacidad de publicar y difundir información carente de evidencia está al alcance de todo el mundo y esto puede llegar a confundir a la persona que lo recibe. "Siempre se ha hecho así y va bien" es la frase más típica que se escucha sobre el tratamiento de las heridas, sobre todo por parte de personal sanitario.

CONCLUSIONES

Enfermería juega un papel fundamental aquí puesto que, al ser los responsables directos de los cuidados de las heridas, necesitan estar al día de las últimas evidencias, para así poder guiar a los pacientes y ofrecerles pautas para identificar contenidos veraces ante información de dudosa rigurosidad. De esta manera conseguimos ofrecer una atención de calidad y, a la vez, empoderar a nuestros pacientes.

PD-15

COMPLICACIÓN DE HERIDA TRAUMÁTICA POR VIOLENCIA DE GÉNERO

García Fernández, Beatriz[1]; Izquierdo Ortega, Henar[2]; Magdalena Saiz, Sara[3]; Morenza Corbacho, Marta[1]; Méndez Pedraza, Marta[1]; Pérez Bécares, María Victoria[1].

[1]Centro De Salud Rio Tajo, Talavera De La Reina; [2]Centro De Salud La Algodonera, Talavera De La Reina; [3]Centro De Salud La Estación, Talavera De La Reina.

OBJETIVO

Evaluar las complicaciones tanto físicas como psicológicas de las lesiones producidas por violencia de género.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado la valoración enfermera según los 11 patrones funcionales, y se han llevado a cabo los cuidados de enfermería aplicando la metodología enfermera (diagnósticos, resultados e intervenciones).

RESULTADOS

Mujer de 42 años que acude a la consulta de enfermería para cura de local de herida tras ser dada de alta por ingreso hospitalario de dos meses de evolución por lesión traumática. Presenta dos lesiones con solución de continuidad, una en región subclavicular de 3 cm de diámetro y 1,5 cm de profundidad y otra en miembro superior derecho de 3x1 que han precisado cierre por segunda intención. Hemos valorado los 11 patrones funcionales de enfermería, presentando los siguientes diagnósticos: deterioro de la integridad tisular relacionado con factores mecánico que provocan el traumatismo manifestado por rotura y/o destrucción del tejido subcutáneo. Tras la primera valoración, comenzamos a realizar tratamiento local de las heridas, limpieza con suero salino fisiológico y apósitos de hidrofibra con plata cada 48 horas durante 2 meses. Las heridas se encuentran epitelizadas aunque presenta secuelas tanto a nivel local como emocional.

CONCLUSIONES

Las agresiones físicas de la violencia de género generan consecuencias biopsicosociales a las víctimas. Las enfermeras jugamos un importante papel ya que no solo debemos abordar la esfera biológica, sino que la parte psicológica y social ha de ser valorada y abordada de manera integral.

PD-16

EXPERIENCIA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA CON GEL DE MIEL DE MANUKA

Gil Mosteo Gil Mosteo, María José.

C.S Seminario, Zaragoza.

OBJETIVO

Valorar la efectividad del Gel de miel de Manuka en el control de la infección y el desbridamiento en heridas.

MÉTODO

Descripción de una serie de casos clínicos tratados en Atención Primaria con Gel de miel de Manuka.

La serie está compuesta por heridas de diferente etiología, anteriormente tratadas con otras opciones terapéuticas sin obtener ningún tipo de mejoría. Algunas de estas heridas presentaban evolución tórpida.

RESULTADO

Aunque la valoración estaba orientada a valorar la efectividad del Gel de miel de manuka en el control de la infección y la retirada de tejido desvitalizado, en todos los casos descritos, además de conseguir un óptimo control de la infección y la eliminación del tejido no viable, se activó el proceso de cicatrización, alcanzándose la cicatrización completa.

Es destacable la rápida mejora del estado las lesiones tras las primeras aplicaciones del Gel de miel de Manuka.

CONCLUSIÓN

La miel de Manuka en gel es un producto 100% natural, con múltiples beneficios en el tratamiento de heridas crónicas: es efectivo en heridas infectadas, estimula la eliminación del tejido desvitalizado, fácil de manejar, tanto en su aplicación como en su retirada, bien tolerado por el paciente, por lo que simplifica el trabajo de Enfermería en Atención Primaria en el abordaje de heridas de distinta etiología y en diferentes momentos del proceso de cicatrización.

PD-17

ENFERMERÍA AVANZADA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Mellado Sanz, Miguel Angel[1]; Magallanes Vidal, Belen[2].

[1]Centro De Salud Jardinillos, Palencia; [2]Centro De Salud Pintor Oliva, Palencia.

INTRODUCCIÓN

El deterioro de la integridad cutánea(DIC) ocupa una parte importante de la carga asistencial en las intervenciones de enfermería en atención primaria.

Heridas agudas, crónicas, de múltiples etiologías, en pirámides de población envejecidas con aumento de pacientes pluripatológicos complejos con múltiples comorbilidades, cambian el perfil de nuestros pacientes con DIC atendidos en A.P.

Mientras el modelo organizativo del Sistema de Salud implementa mejoras como enfermera gestoras de heridas complejas, comisiones e Unidades multidisciplinares de heridas... ¿No puede enfermería asumir ese rol de autonomía en los cuidados de pacientes con heridas, e inventarse de la mano de la evidencia a efectos de conseguir un doble empoderamiento de quien cura y es curado?

OBJETIVOS

Resolución de tres casos clínicos de DIC con práctica avanzada en Atención Primaria.

MÉTODO

CASO 1: mujer, 93 años, HTA,DM. tipo 2,ACxFA anticoagulada con sintrom con herida avulsiva en región pretibial. Realizada modificación de técnica Roviralta con microesferas de heparina de bajo peso molecular y mepivacaína, utilizando hidrogel amorfo como vector y dimetiléterpropano mas apósito de alginato y vendaje de baja elasticidad.

CASO 2: varón, 92 años, HTA, IRC, IVC, ACxFA con sintrom. Heridas por fricción en ambos Aquiles. PRP y aplicación de microesferas de poliestireno con carga negativa.

CASO 3: varón, 75 años, IRC, HTA, DLP, Arteriopatía periférica, con úlcera neuroisquémica en antepie con exposición tendinosa. ITB 0.54. Tratamiento con apósitos antioxidantes + TPN ambulatoria y microinjertos en sello.

RESULTADOS

Recuperación completa de la integridad cutánea en 14,52 y 153 días respectivamente.

CONCLUSIONES

Curar es un “arte” y de la mano de la práctica avanzada una obra de arte.

“Hay una fuerza motriz más poderosa que el vapor, la electricidad y la energía atómica: LA VOLUNTAD.”(Albert Einsten.)

PD-18

PROYECTO DE INTERVENCIÓN ENFERMERA PARA COMPROBAR SI LA MUSICOTERAPIA DISMINUYE EL UMBRAL DEL DOLOR DURANTE LA CURA DE HERIDAS VASCULARES

Maté Lázaro, Mireia.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

El dolor es un fenómeno complejo, subjetivo y perceptivo influenciado por factores sociales, emocionales, psicológicos y fisiológicos. El manejo óptimo del dolor es uno de los retos principales para los profesionales de enfermería. En la actualidad, los pacientes con herida vascular tienen que convivir diariamente con el dolor. Diversos son los tratamientos existentes para la resistencia al dolor y disminución de la ansiedad, pero cada vez se apuesta más por terapias complementarias, como la música. Varias investigaciones han demostrado el poder de la música como tratamiento.

OBJETIVO

- Examinar la eficacia de la Musicoterapia, llevada a cabo como intervención enfermera, durante la cura de heridas vasculares, como alternativa para disminuir el dolor.
- Determinar el nivel de dolor antes, durante y después de la intervención.
- Comprobar si la Musicoterapia es capaz de reducir los niveles de ansiedad.

METODOLOGÍA

Se realizará un estudio experimental, consta de dos grupos asignados aleatoriamente, que se llevará a cabo en consultas de Atención Primaria, durante un año. Para su evaluación se utilizará la Escala Analógica Visual y la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo, además de controlar tensión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno y el tipo de música.

RESULTADOS

A partir de los resultados obtenidos en la recogida de datos, este diseño de investigación pretende verificar o no la afirmación de la hipótesis formulada que nos compete: La intervención enfermera con Musicoterapia disminuirá el umbral del dolor en la cura de herida vascular.

P-018

APLICACIÓN DE UNA NUEVA TECNOLOGÍA ANTIOXIDANTE EN UNA DEHISCENCIA ESTERNAL DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA TRAS CIRUGÍA CARDIACA

Pérez Del Pecho, Carmen; Pérez Zabala, Elena; Landa Fuentes, Arguiñe; Larrazabal Arbaiza, Ainara; Arrancón Vaquero, José Antonio; González Martínez, Loreto; Martos Arroyo, Marta; Iglesias Sainz-Maza, Esperanza; Basterretxea Ozamiz, Andima.

Servicio de Hospitalización a Domicilio, Hospital de Cruces (Barakaldo-Bizkaia).

OBJETIVOS

Analizar el efecto de un nuevo apósito antioxidante* en el tratamiento de una dehiscencia esternal por mediastinitis de Tipo III de evolución tórpida (4 meses de evolución). Esta complicación conlleva una estancia hospitalaria prolongada y una mortalidad del 14-47%.

MÉTODO

El apósito antioxidante se aplicó en una paciente de 61 años con HTA, DMID con HbA1c8.2 y obesidad, entre otras comorbilidades. Presenta herida por dehiscencia esternal tras cirugía de revascularización coronaria, con tejido no viable en el lecho, exudado moderado, tejido de granulación en zonas laterales, hipergranulación en zona central y exposición ósea. Los tratamientos previos incluyen cura en ambiente húmedo y terapia de presión negativa, sin mejora. El apósito antioxidante primario consiste en una matriz absorbente de origen vegetal de algarrobo y una solución con cúrcuma y acetil-cisteína. Como apósito secundario se utilizó apósito de espuma con hidrofibra y silicona. En cada cambio de apósito (cada 4-6 días) se registró el tipo de tejido en el lecho y la evolución del tamaño de la herida hasta el cierre. Al inicio del tratamiento se realizó un desbridamiento del tejido esfacelar.

RESULTADOS

El tratamiento con el apósito antioxidante consiguió mantener el lecho de la herida libre de tejidos desvitalizados, incrementar el tejido de granulación y el avance del cierre de la herida, que se produjo en la semana 12 de inicio del tratamiento.

CONCLUSIONES

El apósito antioxidante permitió la activación de la cicatrización de la herida, la mejora de las condiciones del lecho y la evolución hasta el cierre.

*Reoxcare.

P-019

APLICACIÓN DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN PACIENTE QUE SUFRE ARRANCAMIENTO DE LA EXTREMIDAD INFERIOR

García Caridad, Laura; Cabero García, Begoña; González Carbajosa, María José; Falagán Martín, Ana; Ramos Lorenzo, María Teresa; Esteban Cervero, Ana Belén; Román Barragán, Amalia; Haro López, Natalia; Esteban Domínguez, Patricia; Escudero Estefanía, María José.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Paciente de 26 años que acude a urgencias tras accidentes por atrapamiento en maquinaria agrícola. La fuerza rotatoria le produce un arrancamiento parcial de la extremidad.

Tras ser valorado en urgencias se decide amputación de extremidad inferior afecta por la no viabilidad del paquete vasculo-nervioso. Tras fracaso de cierre primario, 7 días después es intervenido para la realización de fiedrich, dejando la herida abierta por la imposibilidad de aproximar bordes.

OBJETIVO

Preparar la extremidad para conseguir las mejores condiciones a la hora de realizar un cierre posterior. Conseguir tejido de granulación saludable.

MÉTODO

Estudio descriptivo del tratamiento local posterior a la amputación. Colocación de terapia de presión negativa VAC desde el 27-7-2017 día en el que se realiza la primera limpieza quirúrgica, precisando curas cada 48-72 horas, en un principio y distanciándolas posteriormente cada 6-7 días.

El día 10-7-2017 preciso ser intervenido para la extirpación de neuroma en tercio superoexterno.

RESULTADOS

Tras la realización de 6 curas conseguimos un tejido de granulación adecuado y la cobertura cutánea necesaria para su posterior cierre quirúrgico.

CONCLUSIONES

La aplicación de terapia de presión negativa nos permite controlar el exudado edema e infección y obtener tejido necesario para la cobertura de la extremidad en un periodo corto de tiempo con una técnica cómoda e indolora.

Permitiendo llevar al paciente una vida autónoma, la realización de ejercicios de rehabilitación para la posterior colocación de una prótesis.

La terapia de presión negativa es un tratamiento seguro y eficaz para el tratamiento de heridas complejas.

P-020

CASO CLÍNICO. DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRÚRGICA CERVICODORSAL

Gómez Coiduras, José Miguel; Malavé Álamo, José Luis; Carretero Fernández, Lucía.

Hospital HLA El Ángel, Málaga.

Mujer de 49 años de edad, antecedentes personales de hipotiroidismo y diabetes en tratamiento con insulina y ADO. Dehiscencia de sutura tras intervención de quiste sebáceo cervicodorsal.

Pasados 10 días de la retirada de sutura acude a nuestro servicio por mala evolución, presentando herida cavitada con puente epitelial.

OBJETIVOS

Gestionar carga bacteriana ante signos de infección subclínica.

Conseguir cicatrización de la lesión, utilizando técnicas y herramientas adecuadas, evitando posibles complicaciones.

MÉTODO

Mediante técnica estéril, se procede a desbridamiento selectivo de tejido no viable y retirada de puente epitelial, iniciando tratamiento con apósito de cloruro de diaquilcarbamilo y gel de PHMB ante la presencia de signos de colonización crítica, hidrofibra de hidrocoloide y apósito secundario de espuma de poliuretano tecnología Safetac. Curas cada 24-48h en función del exudado.

Tras un mes de tratamiento, y no evidenciando signos de infección subclínica, se procede a iniciar tratamiento con apósito de alginato cálcico y colágeno modulador de proteasas en matriz.

Durante todo el proceso se utilizó para limpieza de la herida solución de polihexanida betaína.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La presencia de puentes epiteliales y tunelizaciones en lesiones cavitadas dificultan, en gran medida, la limpieza y descontaminación adecuada del lecho, derivando en un aumento de la carga bacteriana y formación de biopelículas que generan una evolución tórpida de la lesión.

En nuestro caso clínico, mediante la utilización de técnicas adecuadas y apósitos que gestionan carga bacteriana, se consigue epitelización de la lesión en un mes y 20 días.

P-021

TERAPIA PRESIÓN NEGATIVA DE UN SOLO USO PARA EVITAR COMPLICACIONES TRAS LA CIRUGÍA

Doalto Muñoz, Yolanda; Arredondo Castillo, Patricia; Canteno Negueira, Ana; Carrasco Cortijo, Laura; Asorena Conde, Julia; Villa Ruiz, María Del Puerto; Merino Puertas, Manuel.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

VALORACIÓN DEL CASO

(ANTECEDENTES)

- Mujer de 27 años.
- Embarazo gemelar de 25+2 semanas de gestación.
- No antecedentes personales de interés.
- Sin tratamiento médico habitual.
- No alergias medicamentosas conocidas.

EXPOSICIÓN DEL CASO

(ENUNCIADO DEL PROBLEMA)

Inversión de tobillo izquierdo tras mareo y pérdida de fuerza en las extremidades inferiores. Desde entonces dolor e

impotencia funcional en ante-pie izquierdo.

Diagnóstico: Fractura luxación divergente ante-pie izquierdo.

INTERVENCIÓN

Se realiza intervención quirúrgica, tras la cual, debido a su estado de gestación con límites en el uso de tratamiento médico, se decide colocar la terapia pico en zona de la herida quirúrgica como prevención del edema postoperatorio.

RESULTADOS

En la primera cura de confort a las 48 horas tras la retirada del pico, notable disminución de la inflamación y de la tensión asociada a la incisión quirúrgica tras la cirugía.

Curas posteriores en consulta con muy buena evolución.

CONCLUSIÓN

La terapia Pico de presión negativa constituye una herramienta eficaz como medida preventiva de complicaciones de la herida quirúrgica en el paciente traumatológico.

Mejora la seguridad del paciente con un alto grado de ansiedad por su estado de gestación. Beneficioso coste/efectividad.

P-022

CICATRIZACIÓN EN EDAD AVANZADA: UTILIZACIÓN DE POLVOS DE METACRILATO EN DEHISCENCIA ABDOMINAL CON EXPOSICIÓN DE MALLA

Campo Moliner, Raquel; Barceló Benedito, Beatriz; Masip Figueras, Eugenia.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Mujer de 90 años intervenida en mayo de 2018 de neo de colon apendicular a la cual se le realizó hemicolectomía derecha y resección de cúpula vesical por laparotomía media. Dos semanas después presentó evisceración y se realizó colocación de malla. A los 20 días de la intervención presentó dehiscencia total de la herida quedando la malla expuesta.

OBJETIVO

Describir el proceso de cicatrización de una dehiscencia abdominal con los polvos de metacrilato y demostrar el fácil manejo de la aplicación del producto.

MÉTODO

Se estableció un plan de curas cada 72 horas donde se realizó higiene de la piel y preparación del lecho quirúrgico. Posteriormente se aplicaron los polvos de metacrilato humedeciéndolos con solución salina y se aplicó spray protector en la piel perilesional. Posteriormente se cubrió con apósito de espuma absorbente.

RESULTADO

Tras cuatro meses de tratamiento la dehiscencia presentó una cicatrización prácticamente completa quedando la malla cubierta durante el primer mes y medio.

Se consiguió controlar el exudado favoreciendo el proceso de cicatrización y previniendo la aparición de infección manteniendo la piel perilesional íntegra.

CONCLUSIÓN

La dehiscencia abdominal es una complicación post-quirúrgica que requiere de un abordaje y manejo complejo. Es necesario planificar las curas teniendo en cuenta la situación médica y social del paciente, seleccionar un apósito adecuado y establecer la frecuencia del cambio del mismo.

El producto consigue una mayor rapidez en el proceso de cicatrización y a su vez la cura resulta de fácil manejo para el equipo de enfermería en cualquier área asistencial.

P-023

VIVIENDO CON UNA OSTOMÍA: PERCEPCIONES Y EXPECTATIVAS DESDE LA FENOMENOLOGÍA SOCIAL

Canuto Martin, M Eugenia[1]; Estrada Fernández, Saray[1]; Jiménez Camara, Maria[1]; Molina Domec, Izarbe[1]; Alguacil Ruiz, Elisabet[2]; Suarez Rodriguez, Elena[2].

[1]Sant Llatzer, Tarrassa Barcelona; [2]Cap Nord, Tarrassa Barcelona.

OBJETIVO PRINCIPAL

Evaluar la autoestima de las personas con ostomías intestinales y su asociación con características socio-demográficas, clínicas y de autocuidado.

Herida quirúrgica

Objetivos especificos: Identificar a partir de una revisión sistemática de artículos originales, los factores que pueden influir en las complicaciones derivadas por la falta de conocimientos a la hora de cuidar una ostomia.

Mejorar la atención sanitaria al paciente ostomizado.

METODOLOGÍA

Tras marcar los objetivos de la revisión, se accedió a las bases de datos y se realizó una búsqueda bibliográfica tanto de cobertura internacional, como de cobertura iberoamericana y española, además se consultaron diferentes páginas web y literatura relacionadas con las ciencias de la salud. Para la selección de los artículos, se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión.

RESULTADOS

En la actualidad la prevalencia del cáncer de colon es elevada y va en aumento. Como consecuencia el número de personas ostomizadas es cada día mayor.

Tras la lectura de la bibliográfica encontrada podemos afirmar que la mayor parte de las personas ostomizadas no reciben los cuidados de salud que requieren para su situación. Con este estudio se pretende aportar conocimientos acerca de la calidad de vida de estos pacientes y poder identificar sus principales problemas y temores.

CONCLUSIÓN

La autoestima de las personas ostomizadas puede mejorar en función de sus características socio-demográficas, clínicas y de autocuidado, por lo que estos factores han de ser considerados en la evaluación del paciente para el desarrollo de acciones multiprofesionales que influyan positivamente en su afrontamiento.

P-024

ABORDAJE DE HERIDA QUIRÚRGICA ABDOMINAL DEHISCENTE

Megino Escobar, Sofia[1]; Zafra Sánchez, María Vega[1]; Digon Blanco, Clarisa[1]; Baltà Domínguez, Laura[2]; Ballester Zanuy, M. Isabel[3].

[1]EAP La Sagrera, Barcelona; [2]EAP Besos, Barcelona; [3]EAP Ramon Turró, Barcelona.

Mujer de 79 años con antecedentes de HTA, fibrilación auricular anticoagulada, hipotiroidismo, insuficiencia renal crónica y deterioro cognitivo leve.

Paciente intervenida en enero de 2018 por Colecistitis aguda, realizándose colecistectomía abierta y presentando como complicación en postoperatorio seroma abdominal.

Se instauran en domicilio curas locales cada 24 horas de herida quirúrgica dehiscente con drenaje del seroma que presenta evolución tórpida y aumento progresivo de la dimensión del lecho de la herida, llegando a tener una superficie de 8x4cm. La herida presenta un tejido 90% granulación, hipervascularizado y con tendencia al sangrado en sábana. El exudado es serohematico, sin signos flogóticos francos.

Abordaje y tratamiento local: espuma con base de silicona, malla hidrocoloide, y para una óptima gestión del exsudado se aplicaron apósito de hidrofibra de hidrocoloide o alginato cálcico.

La paciente acude mensualmente a CCEE Cirugía. En septiembre de 2018, dada la evolución tórpida de la herida, se decide coordinar con el hospital la revaloración del caso. Se realiza TAC abdominal, presenta diástasis de la musculatura recta anterior con un adelgazamiento del grosor de la pared abdominal, sin evidencia de fístula. Se aconseja mantener tratamiento conservador, para evitar reintervención quirúrgica.

Finalmente, se inician curas con Alginato cálcico con Ag, para control de la carga bacteriana y del sangrado, y espuma con base de silicona. El exudado serohematico era muy corrosivo. Mediante la aplicación de oxido de zinc se evitaron las dermatitis asociadas al exudado, manteniendo la piel perilesional integra.

Se obtuvo el 100% de tejido epitelizado en Mayo de 2019.

P-025

MORDEDURA DE PERRO QUE PRECISA DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICO POR INFECCIÓN DE LA HERIDA

López Yanes, Mireia; Sánchez Boza, Sonia; García Alarcón, Alba; Soler Giménez, Adriana; Lacueva Luque, Raquel; Puertas Molina, Laura.

Hospital Universitari Mutua de Terrassa, Terrassa.

INTRODUCCIÓN

Varón de 74 años que acude al servicio de urgencias de traumatología con heridas en ambas manos secundarias a mordedura de perro. En la valoración inicial se describen como incisas milimétricas a nivel del 1º y 2º dedo de la mano

izquierda y a nivel de 3º, 4º i 5º dedo de la derecha. El trofismo está conservado y no se objetivan signos de infección.

OBJETIVOS

Describir un plan de curas con metodología tipo TIME que permita controlar el dolor y conseguir una cicatrización estética y funcional en el menor tiempo posible.

MATERIAL Y MÉTODO

Descripción del plan de curas de un caso clínico utilizando la taxonomía diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y la clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).

Durante todo el proceso se estandarizan las curas según la metodología tipo TIME.

CONCLUSIONES

La valoración de las heridas de forma individualiza y la planificación de las curas de manera unificada mejoran la atención del paciente de forma integral y la calidad de las mismas.

P-026

CASO CLÍNICO: SINUS PILONIDAL TRATADO CON APÓSITO DE FIBRAS POLIABSORBENTES Y TECNOLOGÍA TLC-NOSF

Mora Negrillo, Gema María[1]; Díez Requena, María José[2]; Caravaca Rodríguez, María Dolores[3].

[1]Hospital Universitario De Jaén, Jaén; [2]Distrito Sanitario Jaén Jaén-Sur, Jaén; [3]UGC Bulevar Distrito Jaén-Jaén Sur, Jaén.

Los pacientes intervenidos de sinus pilonidal suelen presentar dolor, exudado, infección, olor... y un cierre de la herida prolongado en el tiempo. Este hecho puede generar un aumento del gasto sanitario y una merma en la calidad de vida del paciente.

OBJETIVO

Valorar la cicatrización de un sinus pilonidal mediante la aplicación de un apósito con fibras poliabsorbentes y tecnología TLC-NOSF.

METODOLOGÍA

Paciente de 17 años intervenido el 14/01/2019 se realizan curas diarias debido al exceso de exudado; monitorizamos la herida mediante escala RESVECH 2.0. Ante la difícil gestión del exudado que pueda producir posibles complicaciones y un retraso de su evolución se decide el 04/02/2019 iniciar tratamiento local con apósito de fibras poliabsorbentes y tecnología TLC-NOSF. Dicho apósito nos permitió espaciar las curas cada 48h.

RESULTADOS

Tras la aplicación del tratamiento descrito se logró que la herida que medía 13cm (L)x4.3cm(A)x2cm(P) cicatrizase completamente en 60 días. Se consiguió un adecuado control de exudado y una disminución del dolor que el paciente sufría al realizarse cada cura.

CONCLUSIONES

Los apósitos con tecnología TLC-NOSF permiten un ambiente húmedo con control del exudado, favorece la proliferación de fibroblastos, promueve la angiogénesis, y neutraliza el exceso de metaloproteasas que pueden retrasar la cicatrización. Estas características permiten retirar el apósito sin causar dolor en el paciente y reduce el tiempo de cicatrización.

En nuestro caso, este apósito nos ha permitido un buen control del exudado y una aceleración del proceso de cicatrización consiguiendo la completa epitelización de la herida en 60 días.

P-027

CORRECCIÓN DE PRIMERA CURA Y CICATRIZACIÓN FINAL DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR ENFERMEDAD DE DUPUYTREN

Salinas Marcos, Antonio Miguel[1]; Martínez Varón, Miguel Javier[2]; Alonso Medina, Irene[3].

[1]Santa Fe, Santa Fe; [2]Caniles, Caniles; [3]Hospital PTS, Granada.

OBJETIVOS

Cicatrizar la herida sin infección, con el mínimo dolor y en el menor tiempo posible.

MÉTODO

Curas en días alternos mediante el uso de polihexanida, crema de zinc en bordes y apósito de fibras poliabsorbentes microadherente (TLC-NOSF).

RESULTADOS

La aplicación de cura en ambiente húmedo con medidas correctoras contra el exceso de humedad en los bordes de la lesión, junto al uso de la polihexamida y la tecnología TLC-NOSF ha concluido modificando la mala evolución de la herida quirúrgica y cerrando la lesión sin incidencias.

CONCLUSIONES

Los cuidados de la piel perilesional son fundamentales en la correcta cicatrización de las heridas. La tecnología TLC-NOSF controla las proteasas y aporta equilibrio a la herida promoviendo una cicatrización más rápida.

P-028

CIERRE DE HERIDA DE HOMOINJERTO CON APLICACIÓN DE TPN SIN ESPONJA

Doalto Muñoz, Yolanda; Arredondo Castillo, Patricia; Centeno Negueira, Ana Belén; Carrasco Cortijo, Laura; Asorena Conde, Julia; Villa Ruiz, María Del Puerto; Merino Puertas, Manuel.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

VALORACIÓN DEL CASO

(ANTECEDENTES)

- Varón de 55 años.
- Absceso epidural D8 hace 25 años.
- Paraplejia.
- Con tratamiento médico habitual.
- No alergias medicamentosas conocidas.
- IQ bypass axilo femoral izq con varios colgajos.

EXPOSICIÓN DEL CASO

(ENUNCIADO DEL PROBLEMA)

Acude a urgencias por presentar sangrado a través de herida femoral de importante cuantía. El paciente se mantiene hemodinamicamente estable, colgajo con necrosis importante.

INTERVENCIÓN

- Se decide intervención por cirugía plástica de homoinjerto y colocación en la herida quirúrgica de terapia de presión negativa sin la esponja que se utiliza normalmente sino con apósito de gasa.
- Con presión negativa a 100 mmHg.
- Se realiza cura de TPN cada 48 horas.

RESULTADOS

Tras varias semanas con la terapia de presión negativa, presenta herida cerrada y bypass permeable.

Con el uso de nuevas terapias alternativas de TPN sin esponja se ha conseguido salvar el colgajo, así como agilizar el cierre de la herida.

CONCLUSIONES

- La TPN beneficia al paciente en cuanto menor tiempo de estancia.
- Más rapidez de curación de herida quirúrgica.
- Menor coste de recursos hospitalarios.

P-029

LAS UNIDADES DE HERIDAS CRÓNICAS COMO EJE CENTRAL EN EL CUIDADO DE HERIDAS DE ALTA COMPLEJIDAD

Bonilla Sánchez, Rosa Mª; Caballero Jiménez, Alejandra; García Viejo, Miguel Ángel; Hernández Sánchez, Leonor; Ampuero Jiménez, Carlos.

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Majadahonda.

OBJETIVO

Demostrar la eficacia de las Unidades Multidisciplinares de heridas Crónicas como nexo de unión para el tratamiento de los pacientes con lesiones crónicas de alta complejidad.

MÉTODO

Caso clínico Varón de 24 años, procedente de Rumanía (barrera idiomática), con antecedentes de malformación vascular (síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber).El paciente presenta lesión en pierna derecha por traumatismo que es intervenido en su país. Se inicia valoración en la Unidad de Heridas Crónicas de lesión en miembro inferior derecho en zona pretibial y parte de zona gemelar con exposición ósea. Decidimos tratamiento con terapia de presión negativa hasta que es intervenido por el servicio de Cirugía Plástica en enero de 2016 por pérdida de sustancia cutánea en pierna derecha. Desbridamiento de tejido necrótico localizado en región pretibial derecha. Cobertura con injerto cutáneo obtenido de muslo contralateral con resultado desfavorable. Se inician nuevamente curas con Terapia de Presión Negativa por parte de la Unidad de Heridas hasta su nueva intervención en Junio 2016 con desbridamiento de tejido necrótico localizado en región pretibial derecha. Cobertura con injerto cutáneo obtenido de muslo contralateral y con seguimiento por nuestra Unidad hasta el cierre definitivo.

CONCLUSIÓN

Es necesario la creación de Unidades de Heridas Crónicas como nexo de unión para el tratamiento y seguimiento de lesiones complejas en un cuidado multidisciplinar.

P-030

BUENA TOLERANCIA DEL FOAM CON GEL BAJO LA COMPRESIÓN

González Pérez, Juana[1]; Esteve Segarra, Marta[1]; Gutiérrez Segarra, Aida[1]; Esteve Segarra, Gemma[2]; Tuset Garijo, Gemma[1]; Segarra Lorente, Montse[1]; Sanmartí Navarro, Alba[1].

[1]Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona; [2]Hospital Sant Joan de Reus, Reus.

CASO CLÍNICO

Paciente de 67 años, varón.

Antecedentes: HTA, hipercolesterolemia, insuficiencia cardíaca y ex fumador de 1,5 paquetes/día.

Clínica: obliteración femoro-poplítea izquierda.

(Isquemia crónica grado IV de Fontaine).

Inspección: dolor, enrojecimiento de la piel, eritomelalgia de declive, disminución de la temperatura de la extremidad inferior izquierda, edema, ausencia de pulsos popliteo y distales (pedio y tibial posterior).

Procedimientos: by-pass feloro-popliteo izquierdo a tercera.

A la retirada de los puntos presenta limforragia más dehiscencia de la zona poplitea (8cm de longitud aproximadamente).

Piel perilesional conservada, lecho de la herida con tejido de granulación, temperatura y coloración dentro de la normalidad.

Cura: limpieza de la herida con suero fisiológico, protección de la piel perilesinal y aplicación de apósito de foam polimerico con matriz de hidrogel y aplicación de compresión relativa.

OBJETIVO

Disminuir el líquido linfático y ayudar a la cicatrización de la herida.

CONCLUSIONES

El apósito de foam polimérico con matriz de hidrogel nos ayuda a controlar el exudado y favorece la cocatrización bajo la compresión. (En este caso la compresión fue relativa.

P-031

CURA DE DEHISCENCIA POR 2º INTENCIÓN, A PROPÓSITO DE UN CASO

Picurelli Carrión, Jorge José.

Mutua Universal, Valencia.

OBJETIVOS

1. Mostrar la evolución del proceso de cicatrización de una herida por segunda intención.
2. Reforzar la importancia de la educación sanitaria.

MÉTODO

Estudio observacional mediante la presentación del caso clínico.

Varón de 42 años, realizando su trabajo habitual sufrió herida al quedar enganchado el taladro al pantalón en zona interna del muslo, lo que le provocó pérdida de sustancia (epidermis) en cara interna del muslo sin afectación de planos profundos. Se remitió a Hospital de referencia donde decidieron suturar. Posteriormente se realizaron curas, tras retirada de suturas se observó dehiscencia. Por lo que se procedió al cierre de la herida por segunda intención.

Herida quirúrgica

RESULTADO

Al paciente se le facilitó la información-formación necesaria sobre el cuidado de heridas, así como el díptico de recomendaciones del nuestro centro con el fin de que pudiera participar en su autocuidado y prevenir complicaciones.

La evolución de la herida fue favorable, se consiguió mantener el lecho limpio y con tejido de granulación, esto permitió una rápida aproximación de los bordes y disminución de la induración con la consiguiente recuperación del paciente.

CONCLUSIONES

- Aunque la evolución de la curación de las heridas por segunda intención pueda ser más lenta, con curas de forma adecuada se consiguen plazos de recuperación aceptables.
- Es importante tener en cuenta los tiempos y fases de la herida de cara a ir modificando el tipo de cura según su evolución.
- La educación del paciente es fundamental para potenciar el autocuidado y prevenir complicaciones.

P-032

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA COMBINADA: CASO CLÍNICO

Lirola González, Margarita.

Mutua Maz, El Ejido.

OBJETIVO

Conocer las sinergias de la Terapia de Presión Negativa (TPN) y el Cadexómero Yodado. Trabajando sobre la evidencia.

METODOLOGÍA

Estudio tipo caso clínico, descriptivo. Se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía en siguientes bases de datos: SCIELO, CUIDEN, DIALNET. Contexto: paciente que acude a nuestra mutua para comenzar curas alternas de herida por traumatismo.

RESULTADOS

Abordamos una herida compleja que presenta alta contaminación, mediante el uso combinado de TPN y Cadexómero Yodado, que nos proporciona el cierre total de la herida, evitando el injerto de piel.

CONCLUSIONES

No se encuentra un número considerable de estudios sobre la combinacion de ambos productos, por tanto, debemos seguir investigando, aportando unos cuidados de calidad, también en el ámbito de la salud laboral.

PALABRAS CLAVE

Salud laboral, Terapia de presión negativa, Cadexómero Yodado, Enfermería primaria, Cicatrización de heridas.

P-033

AMPUTACIÓN INFRACONDÍLEA DE EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA EN PACIENTE CON OSTEOMIELITIS CRÓNICA

Sánchez Boza, Sonia; López Yanes, Mireia; Soler Giménez, Adriana; García Alarcón, Alba; Lacueva Luque, Raquel.

Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Terrassa.

INTRODUCCIÓN

Varón de 50 años con antecedentes de DMII, VHC, crioglobulinemia, fumador, exenólico, ex ADVP que sufre fractura de tibia en 1990 tratada mediante fijador externo y placa de osteosíntesis con posterior colocación de rosario de gentamicina por infección del material. Del 2015 al 2018 ingresa en el servicio de traumatología donde se le realizan diversas limpiezas quirúrgicas. Tras valoración en mayo de 2018 por cirugía plástica se realiza injerto fasciocutáneo que fracasa en junio derivando en amputación de la extremidad.

OBJETIVO

Describir el abordaje terapéutico de una lesión compleja con evolución tórpida en un paciente con osteomielitis.

MÉTODO

Se realizan curas de la lesión siguiendo metodología tipo TIME. Optimización del lecho de la herida mediante la aplicación de fomentos de solución de betaína con polihexanida. Se alternan curas con terapia de presión negativa con espuma de poliuretano más apósito de cloruro dialquilcarbomoil y curas convencionales usando hidrogel más hidrofibra. Se aplica en todas ellas producto barrera no irritante en la piel perilesional. Tras el fracaso del injerto realizado en 2018 y valoración por cirugía vascular, que objetiva oclusión e imposibilidad de recanalización de arteria tibial posterior, se decide amputación infracondílea realizando cura seca de la herida quirúrgica y vendajes funcionales.

RESULTADOS

En febrero de 2019 dada la buena evolución de la herida quirúrgica se decide alta a domicilio con controles en consultas externas y rehabilitación con prótesis provisional.

CONCLUSIONES

Realizar un abordaje multidisciplinar en heridas infectadas complejas es de vital importancia para una buena evolución.

P-034

ROL DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DEL DOLOR Y TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA VAC

Nieves Rodríguez, Carlos M; Díaz Ferrer, Noelia.

Hospital Universitario Son Llatzer, Palma.

OBJETIVOS

Valorar la aplicación temprana de la terapia de vacío VAC y su incidencia en la disminución en la frecuencia de curas y disminución del dolor.

MÉTODO

Estudio de Caso: paciente hombre de 59 años diagnosticado de Eventración Multisacular Multireicidivada con ingreso en UCI, complicaciones posteriores afectando al cierre primario de la herida quirúrgica abdominal, precisando distintos abordajes, quirúrgicos, curas locales y con mal manejo del dolor.

La terapia de presión negativa V.A.C. (*Vacuum Assisted Closure*) es una alternativa al tratamiento convencional de las heridas que fracasan en el proceso de cicatrización, afectando a la integridad funcional y anatómica de la persona.

El dolor es una experiencia individual compleja que incluye aspectos sensoriales, emocionales y sociales. La gestión eficaz del dolor debe ser una prioridad en nuestros cuidados.

RESULTADOS

El paciente requería varias y complejas curas de día y de noche, por alto exudado, con altas demandas de analgesia sin conseguir buen manejo del dolor y mermando el descanso.

Aplicando la terapia de vacío, se programa y disminuye la frecuencia de curas a dos semanales, previa administración de analgesia.

CONCLUSIONES

En el tratamiento de heridas complejas, el dolor es una constante, un reto terapéutico importante.

En este caso clínico, la incorporación del VAC al tratamiento de las heridas, al disminuir la frecuencia de curas, mejoró el manejo del dolor y la calidad de vida, ya que programábamos dos curas semanales con analgesia previa, según indicación de las guías de manejo del dolor.

P-035

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN LA PERITONITIS

Pérez Troya, Antonia; De La Puente Berzal, María Del Pilar.

Hospital La Luz, Madrid.

OBJETIVOS

La TPN en éste paciente, con una peritonitis tras una dehiscencia de sutura en el post-operatorio de una gastroplastia tubular, se pretende mantener en las mejores condiciones la cavidad peritoneal, epiplon y vísceras abdominales, cierre de la pared abdominal en el menor tiempo posible, evitar complicaciones por infecciones recurrentes y gestión del exudado peritoneal.

MÉTODO

- Se establece colocación de terapia con esponja en abdomen abierto para la gestión de exudado peritoneal y mantenimiento en condiciones idóneas para la conservación del peritoneo, epiplon y vísceras abdominales.
- Se establecen curas cada tres día, para la limpieza de la cavidad abdominal y la revisión de la misma, ante los cuadros febriles que presentaba el paciente.
- El control de exudado peritoneal nos ayudaba a contribuir a una adecuada estabilidad hemodinámica del paciente, para su confort y bienestar.
- Con TPN, conseguimos reducir el dolor del paciente y mantener dosis mínimas de sedo-relajación, hasta el cierre de la pared abdominal quirúrgicamente, con mejor manejo respiratorio del paciente conectado a

ventilación mecánica.

- Con cuidados generales de prevención se evita la aparición de lesiones tisulares.

RESULTADOS

- Cierre de la cavidad abdominal (4 semanas).
- Se evita necrósis e infecciones de cavidad abdominal.
- Control de exudado y estabilidad hemodinámica.
- Manejo en la sedoanalgesia del paciente.
- Prevención de lesiones cutáneas por presión y humedad.

CONCLUSIONES

La colocación de TPN en esta complicación post-quirúrgica, fue decisiva para la resolución de los problemas en el menor tiempo posible, evitando infecciones recurrentes, necrosis y actuando como coabyuvante en el tratamiento de la peritonitis.

P-036

USO DE TERAPIA PRESIÓN NEGATIVA (TPN) TRAS CIRUGÍA DE RECIDIVA DE QUISTE PILONIDAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Mias, Carmen; Bonet, Josefina; Villalobos, Rafael; Ribalta, Ramón; Escartín, Alfredo; Martín Ruano, Noemí; Maestre, Yolanda; Pinillos, Ana; Olsina Kissler, Jorge Juan.

Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida.

INTRODUCCIÓN

Presentamos un caso de cirugía de recidiva de quiste pilonidal con cierre por segunda intención tratado con TPN.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente hombre de 18 años obeso, con hirsutismo y quiste pilonidal tratado con exéresis y cierre por primera intención hace dos años Postoperatoriamente hematoma de herida y dehiscencia, realizándose curas durante un año sin conseguir cierre herida.

Reintervención dejando herida abierta para cierre por segunda intención de 15x8x4 cm.

RESULTADOS

Cura con furacin® + tul graso y gasas durante las primeras 72h. Inicio de TPN ambulatoria al tercer día, con cambios dos veces a la semana en la consulta de cirugía. Se mantiene TPN durante 4 semanas reduciendo la herida a 5x3x2 cm. Se retira TPN a petición del paciente.

Se ha usado presión de 80mm Hg en los dos primeros cambios por sangrado de la herida, fomentos con solución PHMB durante 5 min antes de la nueva TPN, plata nanocristalina en el lecho de la herida, apósito de plástico en doble capa.

Se ha conseguido reducir la herida, controlar el exudado, evitar la infección, mantener íntegra la piel perilesional, y facilitar la movilidad del paciente.

CONCLUSIONES

La TPN para el cierre por segunda intención de heridas tras cirugía de recidivas de quistes pilonidales es eficiente, al disminuir el tiempo de cicatrización, mantener íntegra la piel perilesional, evitar la infección y mejorar la calidad de vida del paciente al precisar sólo curas cada 3-4 días. Su uso ha de ser personalizado para conseguir los mejores resultados.

PD-19

REPRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DISTINTOS MÉTODOS DE RECONSTRUCCIÓN PELVIPERINEAL EN FUNCIÓN DEL DEFECTO ANATÓMICO

Reola Ramírez, Enara; Puertas Peña, Javier; Sanz Aranda, Ester; Perales Enguita, Alba; Martí Ayats, Josep Maria; Yuste Benavente, Valentín; Jordán Palomar, Elena; Bernal Martínez, Álvaro Jesús; Monclús Fuertes, Enrique; Agulló Domingo, Alberto.

Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza, Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

La reconstrucción de la zona pelviperineal tras resecciones amplias representa un gran desafío debido a varios factores: la presencia de espacio muerto que favorece la formación de seromas, la alta tasa de dehiscencias e infecciones y la necesidad de una reconstrucción tanto funcional como estética. A estos problemas se añade la necesidad de radioterapia neo y adyuvante en muchos casos que propicia un ambiente poco favorable para la curación.

OBJETIVO

Representación gráfica y análisis de resultados de distintas técnicas de reconstrucción pelviperineal en función del defecto anatómico.

MÉTODO

Revisión retrospectiva de los casos de reconstrucción de defectos pelviperineales realizados entre los años 2015 y 2019.

RESULTADOS

Se han revisado un total de 25 casos, 10 hombres y 15 mujeres de edades comprendidas entre 39 y 88 años. Las resecciones han sido secundarias a carcinomas vulvares y colorectales, hidrosadenitis supurativas y gangrenas de Fournier. Para la reconstrucción se han empleado entre otros el colgajo musculocutáneo de recto abdominal vertical (VRAM), el colgajo musculocutáneo de gracillis, variantes de los colgajos en flor de loto e injertos de piel parcial. La complicación más frecuente ha sido la dehiscencia de suturas que en la mayoría de casos ha sido manejada con curas ambulatorias.

CONCLUSIONES

Los injertos de piel parcial y colgajos miocutáneos y fasciocutáneos regionales han demostrado ser herramientas versátiles, fiables y asequibles en la reconstrucción de defectos amplios pelviperineales.

PD-20

RESECCIÓN DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA Y RECONSTRUCCIÓN FUNCIONAL

García-Vilariño, Elena; Thione, Alessandro; Salmerón-González, Enrique; Sánchez-García, Alberto; Vanaclocha, Nieves; Pérez-García, Alberto.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

OBJETIVO

El tratamiento de elección de las malformaciones arteriovenosas (MAV) es la embolización o escleroterapia seguida de resección quirúrgica.

El objetivo en este caso era resecar una MAV que ocupaba la totalidad de la eminencia tenar y generaba dolor e impotencia funcional.

MÉTODO

Presentamos el caso de una paciente mujer de 33 años con una MAV ocupando la totalidad de la eminenecia tenar de la mano izquierda, con gran crecimiento y fuerte dolor en los últimos meses secundario a la gestación.

Se realizó un tratamiento combinado con embolización y resección de la misma que incluyó la musculatura tenar con la consiguiente pérdida de oposición, aducción y abducción del pulgar. Debido al riesgo de desvacularización del dedo se planteó la reconstrucción en un segundo tiempo. Se realizó una oponentoplastia con extensor propio del índice y una transferencia muscular funcional libre de gracilis para recuperar aducción y oposición del pulgar y con ello recuperar la funcionalidad del 1º dedo.

RESULTADOS

Se obtuvo una resolución completa del dolor con un buen resultado funcional. La oponentoplastia era funcional al mes tras la cirugía cuando se retiró la férula y la contracción muscular del gracilis se objetivó a los 3 meses de evolución. Este planteamiento permitió no sólo la recuperación funcional completa si no también un resultado estético satisfactorio.

CONCLUSIONES

Es importante planificar los déficits funcionales y las complicaciones previsibles tras las resecciones quirúrgicas. Planificar los procedimientos de reconstrucción desde el abordaje inicial es clave para obtener resultados funcionales y estéticos óptimos.

PD-21

"ELEPHANT-VAC": UN NUEVO DISEÑO DE LA ESPONJA DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA PARA EL TRATAMIENTO DE LA GANGRENA DE FOURNIER EN VARONES

Reola Ramírez, Enara; Jordán Palomar, Elena Irene; Sanz Aranda, Ester; Perales Enguita, Alba; Puertas Peña, Javier; Bernal Martínez, Álvaro Jesús; Monclús Fuertes, Enrique.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La terapia de presión negativa ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la Gangrena de Fournier tanto antes como

después de la cobertura mediante injertos de piel parcial. No obstante, la zona perineal masculina presenta dificultades para la correcta fijación de la esponja y mantenimiento del vacío. El objetivo de este estudio es dar a conocer un nuevo diseño de la esponja de terapia de presión negativa para evitar fugas de aire en el tratamiento de la gangrena de Fournier en varones.

MÉTODO

Tras el desarrollo del nuevo diseño de la esponja adaptado a la anatomía genital masculina se ha implementado su uso en aquellos casos de Gangrena de Fournier atendidos en nuestro centro entre los años 2015-2019. Para valorar el correcto funcionamiento del mismo se ha tenido en cuenta la existencia o no de alarma por fuga de aire.

RESULTADOS

Se ha empleado en un total de 5 casos, comprobando en todos ellos el correcto funcionamiento de la terapia de vacío sin evidencia de alarmas por fuga de aire.

CONCLUSIONES

Este nuevo diseño permite aplicar de manera más efectiva la terapia de presión negativa tanto para favorecer el desarrollo de tejido de granulación como para asegurar la adhesión de los injertos de piel parcial en el tratamiento de la gangrena de Fournier en varones.

PD-22

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA MEDIANTE COLGAJO DE PERFORANTES. EVITANDO E IDENTIFICANDO COMPLICACIONES

Armayor Prado, Mónica; Avello Martín, Julia; Cuervo Cifuentes, Silvia María; Llamedo Fombella, Natalia; García Iglesias, Marta María; Gutiérrez Prieto, Patricia; Capa González, Lucía; Álvarez Menéndez, Lucía; Miranda Areces, Graciela.

Hospital Universitario Central De Asturias, Oviedo.

OBJETIVOS

Describir los ***cuidados de enfermería llevados a cabo en la Unidad de Cirugía Plástica*** de nuestro hospital, durante el control postoperatorio de pacientes mastectomizadas reconstruidas mediante colgajos de perforantes tipo ***DIEP*** (Deep Inferior Epigastric Perforator) con el fin de evitar e identificar precozmente complicaciones que impidan el fracaso de la cirugía.

MÉTODO

Se establece un protocolo de cuidados básicos y medidas especiales entre las que destacan:

- Control del dolor y la ansiedad, ya que evita la vasoconstricción y los hematomas (perfusión opiáceos).
- Mantener presión Arterial adecuada para favorecer el flujo sanguíneo en el colgajo.
- Mantener normotermia.
- Monitorización cada 2 horas para poder confirmar la existencia de flujo sanguíneo en el colgajo. Observar el color, el relleno, turgencia y la temperatura del mismo.

RESULTADOS

Establecer un protocolo de manejo postquirúrgico, permite planificar cuidados para ***mantener la seguridad del paciente durante la estancia hospitalaria.***

CONCLUSIONES

Personal de enfermería entrenado en el protocolo de monitorización postquirúrgica de los colgajos libres, ***permite aumentar el seguimiento*** sin efectos perjudiciales en los resultados de la intervención.

PD-23

USO DEL VENDAJE NEUROMUSCULAR O KINESIOTAPING PARA LA REDUCCIÓN DE COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS EN DERMATOLOGÍA

Crespo Moreno, Agustin; Horcajada Reales, Celia; Lledó Carballo, Alejandro; Martínez López, María Elena; Borbujo, Jesús Manuel.

Hospital Universitario De Fuenlabrada, Fuenlabrada.

OBJETIVO

Presentar nuestra experiencia con el empleo del KT para disminuir las complicaciones postquirúrgicas tras la reconstrucción de defectos quirúrgicos dermatológicos.

MÉTODO

Se presentan los 8 pacientes tratados por nuestro equipo intervenidos de tumores cutáneos con riesgo de complicación postquirúrgica en los que se aplicó el vendaje KT inmediatamente tras la cirugía. La aplicación se realizó en malla o pulpo por un enfermero con formación específica en la técnica y se mantuvo entre 3 y 5 días. Se recogen los datos demográficos, los factores de riesgo de complicación, y la evolución en el postoperatorio inmediato y a medio plazo (seguimiento mínimo 5 meses).

RESULTADOS

Todos los pacientes tuvieron buena tolerancia y aceptación de la técnica. En los 8 casos hubo una clara y observable disminución del hematoma, la inflamación y el dolor en comparación a la piel peri-vendaje y lo esperado por la intervención. La evolución a medio plazo fue óptima.

CONCLUSIÓN

La utilización del KT en malla o pulpo en el postoperatorio inmediato en reconstrucciones dermatológicas complejas ha permitido una evolución postquirúrgica muy favorable inmediata y a medio plazo en nuestros casos.

PD-24

UTILIZACIÓN DEL COLGAJO DE OMENTO MAYOR COMO COBERTURA EN LA CIRUGÍA ÓSEA DE LA OSTEOMIELITIS CRÓNICA

Trapero, Ana; Pérez- García, Alberto; Sánchez - García, Alberto; García- Vilariño, Elena; Alonso Carpio, Miriam.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

La osteomielitis es una infección de hueso y médula ósea, debida a la inoculación de un microorganismo que genera inflamación, aumento de la presión intraósea, trombosis e isquemia que derivan en necrosis ósea. Para un tratamiento óptimo puede ser preciso, además de la antibioterapia, una adecuada limpieza y desbridamiento del tejido afecto, que en muchas ocasiones genera grandes defectos de cobertura, llegando a ser precisa la utilización de colgajos microquirúrgicos.

Se presentan dos casos clínicos de pacientes con osteomielitis crónica en miembros inferiores tipo 3 (clasificación de Cierny y Mader). Tras el desbridamiento del hueso afecto y la zona cicatricial, el resultado fue un defecto de importantes dimensiones. En ambos pacientes se utilizó el colgajo de omento mayor para rellenar la cavidad resultante obteniéndose resultados satisfactorios.

El colgajo omental ha sido tradicionalmente descrito para el tratamiento de dehiscencias de heridas esternales o, menos comúnmente, para la reconstrucción de atrofias faciales. En los casos de osteomielitis severas cuyo desbridamiento genera una gran cavidad, este colgajo puede ser una buena opción terapéutica. Descrito por Kiricuta en 1963, está habitualmente irrigado por el pedículo de la arteria gastroepiploica derecha. Aporta una gran riqueza vascular y linfática, gran facilidad de modelación y adaptación a todo tipo de superficies. Además, su gran volumen, lo convierte en un colgajo versátil, útil para rellenar grandes defectos, como los que se dan en algunos casos de osteomielitis.

PD-25

EFECTO DE LA OBESIDAD EN LAS COMPLICACIONES DE LA HERIDA QUIRÚRGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Hernández Crespo, Lidia; Dueña Chamarro, Cristina.

Centro de Salud Circunvalación, Valladolid.

OBJETIVO

Conseguir la cica de la obesidad en las complicaciones de la herida quirúrgica.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo mediante exposición de caso clínico y revisión de la literatura.

Mujer, 49 años, hipotiroidismo y obesidad. Intervenida de estenosis del canal lumbar el 16/10/2018. Primera visita en consulta de enfermera de Atención Primaria el 22/10/2018. Presenta dos incisiones en zona lumbar con cierre mixto de grapas y puntos colchoneros con nylon. En incisión derecha se aprecia escaso exudado serosanguinolento. Tras eliminar grapa inferior se realiza drenaje del seroma y se cura con mecha de apósito en malla hidrófoba DACC hasta cierre completo el 26/11/2018. Incisión izquierda presenta necrosis cutánea que tras la retirada de la sutura se produce dehiscencia completa de un centímetro de profundidad presentando lecho con tejido necrótico húmedo. Se realiza desbridamiento cortante y enzimático con colagenasa. Cierre completo el 16/01/2019.

RESULTADOS

Se consiguió la cicatrización completa de la herida en 3 meses.

Se han identificado los siguientes efectos de la obesidad en la cicatrización de las heridas quirúrgicas:

- Disminución de la vascularización del tejido adiposo.

Herida quirúrgica

- Aumento del riesgo de infección por microorganismos alojados en los pliegues cutáneos.
- Aumento de la tensión de la herida.
- Aumento de la presión tisular.
- Formación de hematoma y seroma.
- Dehiscencia de la herida quirúrgica.
- Hipertensión venosa.

CONCLUSIONES

Las complicaciones de la herida quirúrgica aumentan el tiempo de curas y disminuyen la calidad de vida del paciente, además de aumentar el gasto sanitario.

PD-26

ABORDAJE DE LA HIPERGRANULACIÓN RESISTENTE A LA PLATA TÓPICA

López Casanova, Francisco De Borja[1]; Carrasco Cebollero, Francisco Manuel[2]; Galindo Cantillo, Veronica[3].

[1]UGC Pilas, Pilas; [2]UGC Bormujos, Bormujos; [3]UGC Algaba, Algaba.

El tejido de granulación por encima del área perilesional, denominado hipergranulación no tiene un origen del todo claro y se entienden como factores predisponentes de su origen la inflamación prolongada, la dermatitis y sobretodo la sobreinfección. La hipergranulación se considera una barrera para la correcta cicatrización de las heridas. Objetivo: Realizar una revisión bibliográfica sobre el tratamiento de la hipergranulación. Optimizar el tratamiento en una lesión con tejido de hipergranulación. Metodo: Se realiza una revisión sistemática de la literatura sobre el abordaje del tejido de hipergranulación. Abordaje de paciente con gangrena de Fournier y tejido de hipergranulación en el lecho. Resultados: De la revisión bibliográfica se concluye que actualmente no existe un consenso claro para el tratamiento de la hipergranulación, después de la revisión encontramos dos estrategias para su abordaje, en la primera se busca reducir la respuesta inflamatoria y en otra eliminar el factor etiológico entre estos la infección o carga bacteriana a través de la aplicación de apósitos de plata. Conclusiones El uso de estas estrategias obtuvieron unos resultados escasos, entendiendo que la causa de la hipergranulación en este paciente sería la carga bacteriana, se intentó combatir esta con un antimicrobiano diferente, cadexomero iodado se usó en la presentación de apósito y con una pauta de curas cada 72 horas, la herida tubo una respuesta notable a este antimicrobiano reduciéndose drásticamente el tejido antimicrobiano en 14 días, una vez que se eliminó el tejido de hipergranulación la lesión volvió a cicatrizar correctamente.

PD-27

PREVENCIÓN DEL EDEMA DISTAL POSTQUIRÚRGICO EN EL MIEMBRO SUPERIOR EN LA UNIDAD DE TRAUMA

Doalto Muñoz, Yolanda; Arredondo Castillo, Patricia; Centeno Negueira, Ana Belén; Carrasco Cortijo, Laura; Asorena Conde, Julia; Villa Ruiz, María Del Puerto; Merino Puertas, Manuel.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

OBJETIVOS

- Conocer el nuevo protocolo de prevención.
- Realizar la intervención enfermera para prevenir el edema.

METODOLOGÍA

La intervención a realizar por el personal de enfermería:

Prevención del edema distal:

- Explicar al paciente la intervención a realizar.
- Mantener la extremidad elevada.
- Colocación de una almohada enrollada en la extremidad intervenida.
- Movilidad activa de dedos y articulación no inmovilizada.
- Ejercicios de flexión y extensión.

RESULTADOS

Se evidencia una disminución de la estancia hospitalaria, reducción de las complicaciones quirúrgicas, dolor postoperatorio, y recuperación temprana. Todo ello, supone una optimización de los recursos sanitarios.

CONCLUSIÓN

La aplicación del protocolo favorecerá la intervención enfermera y por consiguiente el beneficio del paciente. Es importante que profesionales que reciben pacientes de nuestra unidad conozcan el protocolo que hay que aplicar en cada caso.

PD-28

RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTO AURICULAR TRAUMÁTICO EN TERCIO MEDIO DE LA OREJA EN DOS TIEMPOS CON CARTÍLAGO COSTAL

García-Vilariño, Elena; Salmerón-González, Enrique; Sánchez-García, Alberto; Ruiz-Cases, Alberto; Vanaclocha-Saiz, Nieves; Pérez-García, Alberto.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

La forma de la oreja, las concavidades y convexidades de su superficie, su fina cobertura y vascularización débil, suponen un reto en la reconstrucción de defectos auriculares. En este trabajo reportamos el caso de un paciente que sufrió una avulsión auricular tras un accidente de bicicleta; que fue reconstruida con un procedimiento en dos tiempos.

MATERIAL Y MÉTODO

El paciente de 39 años, fue intervenido en el momento del traumatismo mediante desbridamiento, limpieza exhaustiva y cobertura del cartílago con un colgajo retroauricular. Un mes después, se realizó un nuevo procedimiento para cortar el pedículo del colgajo y reconstruir el marco cartilaginoso del hélix con cartílago costal.

RESULTADO

Un mes después de la cirugía, el paciente presenta una distancia auriculo-mastoidea normal, similar a la contralateral, cicatrices con buen aspecto, y se encuentra satisfecho con la reconstrucción realizada.

CONCLUSIONES

En casos de defectos de cobertura auriculares de tamaño intermedio, en los que no esta claramente definida la técnica de reconstrucción óptima, en ciertos casos puede estar justificado tomar una actitud quirúrgica más agresiva, como sería la obtención de cartílago costal, en lugar de usar colgajos condrocutáneos locales o injertos de cartílago auricular contralateral. De esta forma, se obtiene una estructura cartilaginosa más sólida, y más maleable, permitiendo obtener el mejor resultado posible.

PD-29

DOS CASOS CLÍNICOS DE NEONATOS CON HERIDAS QUIRÚRGICAS INFECTADAS. ABORDAJE CON CUTIMED SORBACT, EPIONA Y DEBRICLEAN

Puentes Sánchez, José; Puentes Pardo, José David; Ramírez Mañas, Carlos; Pardo González, Carmen María; Pardo González, Belén.

Hospital Universitario Torrecardenas, Almería.

OBJETIVO

Tratar la infección, eliminar detritus y manejar el biofilm. Acelerar el proceso de cicatrización.

MÉTODO

Sorbact reduce la carga bacteriana en cada cambio de apósito. Cutimed DebriClean está especialmente diseñado para el desbridamiento mecánico de la herida para un tratamiento más efectivo de la herida. Cutimed Epiona se debe aplicar directamente sobre el lecho de la herida en toda su superficie. Es biodegradable y se absorbe de forma natural por el cuerpo. Se puede utilizar en combinación con Cutimed Sorbact.

Caso 1: RN con mielomeningocele, ventriculomegalia severa, intervenido de válvula de derivación ventriculoperitoneal.

Caso 2: RN con ventriculomegalia congénita y Mielomeningocele (No detectado en ecografía Prenatal) e intervenida de válvula de derivación ventriculoperitoneal.

RESULTADO

Control de la carga bacteriana. Eliminación del tejido no viable. Aceleración de la cicatrización.

CONCLUSIONES

Mientras que los productos a base de plata tienen sus propios desafíos, como el riesgo de desarrollar de resistencias o el retraso en la cicatrización, Cutimed® Sorbact® ofrece resultados al máximo nivel sin ningún efecto secundario conocido.

La eficacia de Cutimed® Sorbact® se basa en su modo de acción puramente físico. Esto genera una serie de beneficios, que hacen más seguro tu trabajo diario: Sin contraindicaciones, Sin efectos secundarios conocidos, Sin limitaciones de

Herida quirúrgica

uso, Sin límite de tiempo, Sin liberar agentes antimicrobianos y endotoxinas, Con bajo riesgo de alergias.

Además, se puede utilizar: De forma repetida, en niños y En mujeres embarazadas, lactantes y neonatos gracias a que su modo de acción es físico.

Epiona, acelera exponencialmente la epitelización.

Debriclean gestionó la eliminación del tejido no vital y la biopelícula.

P-037

PRINCIPIO DEL FIN: ÚLCERA TERMINAL DE KENNEDY

Canteli Diez, Alba.

Gerencia Reginal Salud Madrid. CS Santa Hortensia, Madrid.

INTRODUCCIÓN

Es fundamental la correcta identificación de los procesos degenerativos que sufre un paciente paliativo a la hora de establecer objetivos realistas y evitar intervenciones cruentas innecesarias.

OBJETIVO

Difundir la evidencia existente sobre la úlcera terminal de Kennedy (UTK).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza revisión bibliográfica en bases de datos y revistas electrónicas seleccionando artículos menores a 10 años de antigüedad.

RESULTADOS

La UTK es una lesión específica de pacientes en fase agónica siendo indicador de muerte próxima. Cursa como una decoloración púrpura en forma de "pera" o herradura en sacro, talones o codos de aparición repentina y evolución tórpida muy veloz. Existen dos presentaciones, una clásica como lesión bilateral en sacro falleciendo el paciente en un período de 2- 6 semanas y otra unilateral denominada "síndrome 3:30" más pequeña cuya evolución es más rápida y el fallecimiento se produce a las 8-24h posteriores a su aparición. Existe controversia sobre el mecanismo que las produce, en general se consideran producidas por una insuficiencia cutánea debida al deterioro orgánico generalizado que provoca una hipoperfusión, siendo ésta la causa primaria y diferenciándose así de las úlceras por presión (UPP).

CONCLUSIONES

Existe dificultad por parte del personal sanitario para la identificación de éstas lesiones y las causas que la producen. La presencia de UTK debe de ser diferenciada de las UPP para poder dar cuidados óptimos centrados en medidas de confort en la fase final de vida tanto al paciente como a la familia.

KEY WORDS

Palliative care, Skin ulcer, Kennedy terminal úlcer.

P-038

LA TERAPIA DE CURA HÚMEDA: PROCEDIMIENTO Y EFECTIVIDAD EN DERMATITIS ATÓPICA

Parra Mediavilla, Paula[1]; Gómez Alonso, María Inmaculada[2]; Dueña Chamarro, Cristina[3]; Álvarez González, Antonio[4]; Rodríguez Samaniego, Laura[5]; Herrero Callejo, Sara[1]; Tardón Del Cura, Sara[6]; Martín Vaquerizo, Margarita[7]; Esteban González, Yolanda[8]; Mediavilla Sesmero, María Victoria[8].

[1]Centro de Salud Barrio España, Valladolid; [2]Centro de Salud Medina urbano, Valladolid; [3]Centro de Salud Circunvalación, Valladolid; [4]Centro de Salud Rondilla 1, Valladolid; [5]Centro de Salud Canterac, Valladolid; [6]Centro de Salud San Pablo, Valladolid; [7]Centro de Salud Pilarica, Valladolid; [8]Centro de Salud de Tórtola, Valladolid.

La dermatitis atópica es una enfermedad crónica de la piel, con una prevalencia en España de entre un 6% y un 15%. Evoluciona en brotes y sus manifestaciones varían ligeramente con la edad, siendo más frecuentes en lactantes. Se presenta en forma de eccemas, prurito y liquenificación. Las curas húmedas son una terapia oclusiva intensiva que humecta la piel, reduce el rascado y, en caso de tratamiento con corticoides tópicos, aumenta su absorción. Para llevarlas a cabo se utiliza crema humectante y dos capas de tejido: una húmeda de tratamiento y otra seca de sujeción. Mediante revisiones y asesoramiento periódico de enfermería, se asegura el buen estado del paciente.

OBJETIVO

Describir con detalle la técnica de cura húmeda, exponiendo las razones que la hacen idónea para tratamiento en brotes de dermatitis atópica.

METODOLOGÍA

Durante octubre de 2019, se realizó la revisión bibliográfica de los estudios publicados en los últimos 20 años en las principales bases de datos presentes en la biblioteca sanitaria de Castilla y León. Se planteó la pregunta en base a Sackett-PICO, identificando palabras clave y posibles DeCS y MeSH.

RESULTADO

Se seleccionaron 14 artículos conformes a los criterios de inclusión pertinentes a la búsqueda: tema, revisión y aplicabilidad; realizando una síntesis de la información obtenida.

CONCLUSIÓN

El personal de enfermería debe estar formado en este tipo de cura, basada en la hidratación intensa y la reducción de

agresión cutánea. Es considerada una técnica segura, de alta efectividad, rápida acción y adaptable anatómicamente, presentando escasos efectos secundarios.

P-039

LA IMPORTANCIA DE SABER APLICAR UNOS CUIDADOS DE CALIDAD EN LA EPIDERMÓLISIS BULLOSA

Mínguez Martínez, María José[1]; Alcaraz Hernández, Noelia[2]; Conesa Torres, Ana María[1]; Carrillo García, María Dolores[2].

[1]Centro de Salud Cartagena Casco Antiguo, Cartagena; [2]Centro de Salud San Antón, Cartagena.

OBJETIVOS

Adquirir conocimientos específicos acerca de la epidermólisis bullosa para unos adecuados cuidados de Enfermería.

MÉTODO

Para la realización de esta investigación se ha procedido a realizar una revisión bibliográfica de la literatura científica. Para su elaboración se realizó una búsqueda en las principales bases de datos conocidas internacionales y nacionales como Medline (Pubmed), Biblioteca Cochrane Plus, Cuiden y Scielo utilizando descriptores tales como ``Epidermolysis bullosa´´, ``Care´´, ``Nursing care´´ y "Clinical manifestations". Se complementó la búsqueda gracias a la información obtenida en la asociación DEBRA España.

RESULTADOS

Tras una lectura crítica de los artículos seleccionados se ha podido comprobar la importancia de la observación de las primeras lesiones en la piel del paciente. A posteriori, será fundamental realizar curas estériles cada dos días, coincidiendo con el baño del niño, estando aconsejado que las personas que las realizan sean siempre las mismas. Se ha de tener en cuenta ante la presencia de ampollas tensas puncionarlas con aguja estéril. El techo de la ampolla no se debe retirar, a menos que el contenido de la ampolla sea purulento o parezca infectada. Se mantendrá la piel para que proteja la herida.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta la dificultad que rodea a esta enfermedad por su desconocimiento, debido a su baja incidencia, es fundamental la correcta formación de los profesionales sanitarios implicados. El papel de Enfermería es esencial para el cuidado y asesoramiento hacia el paciente y cuidadores.

P-040

ÚLCERA DE MARJOLIN, ¿A QUÉ NOS ENFRENTAMOS? REVISIÓN DE LA EVIDENCIA

Dueña Chamarro, Cristina[1]; Hernández Crespo, Lidia[1]; Gómez Alonso, Inmaculada[2]; García Granja, Nerea[1]; Aparicio Posada, Ester[1]; Parra Mediavilla, Paula[3]; Hernández Crespo, Cristian[4]; Chamarro Andrés, Consuelo[5].

[1]CS Circunvalación, Valladolid; [2]CS Medina Urbano, Valladolid; [3]CS Barrio España, Valladolid; [4]Angiología y Cirugía Vascular, Valladolid; [5]Diputación de Soria, Soria.

INTRODUCCIÓN

Se define úlcera de Marjolin como "degeneración maligna de una cicatriz o úlcera crónica de la piel, pudiendo ser ésta inflamatoria o traumática". Tiene capacidad de producir metástasis rápidamente.

OBJETIVOS

- Describir las características clínicas de la úlcera de Marjolin.
- Aumentar conocimientos y capacidad de abordaje de enfermería en esta lesión.

MÉTODO

Revisión bibliográfica de la literatura científica mediante búsqueda en las bases de datos: Guiasalud, Enfispo, Cochrane, Scielo y Pubmed. Se limitó la búsqueda a artículos de los últimos 10 años, en inglés y español, con acceso a texto completo. Además se utilizó la Guía de Práctica Clínica de úlceras neoplásicas de la Junta de Andalucía.

RESULTADOS

Se obtuvieron 79 artículos de los cuales se seleccionaron 8 por su relevancia y adecuación con el tema.

- Etiología: Se originan sobre cicatrices o lesiones tisulares de quemaduras (las más frecuentes), mordeduras, úlceras venosas o por presión, etc.
- Localización: mayor frecuencia en extremidades inferiores, seguido de superiores y tronco.
- Características: lesiones con mala evolución, rápido aumento del tamaño, hipergranulación, malolientes (en ausencia de infección), exudativas, sangrantes y con bordes elevados.
- Sexo: más frecuente en varones.

- Actuación: derivación y biopsia de confirmación.
- Tratamiento: escisión y cobertura precoz y/o quimioterapia y/o radioterapia.

CONCLUSIONES

El conocimiento por parte de enfermería de las características clínicas de la úlcera de Marjolin es fundamental para un diagnóstico y tratamiento precoces de la lesión evitando así complicaciones posteriores.

PALABRAS CLAVE

Úlcera de Marjolin, atención de enfermería, cicatrización de heridas.

P-041

ÚLCERAS EN DORSO NASAL. UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Horcajada Reales, Celia; Romero Rodríguez, Carmen; Lledó Carballo, Alejandro; Crespo Moreno, Agustín; Navarro Santos, Violeta; Plaza García, Esperanza; Nogueras Flores, Isabel; Aceves Moreno, Laura; Benítez Rayego, Ma Guadalupe; Borbujo, Jesús M.

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La causa más frecuente de lesiones ulceradas faciales en pacientes de edad avanzada son los carcinomas cutáneos. La nariz es una de sus localizaciones más usuales debido a su relación con la fotoexposición. No obstante otras causas menos habituales deben considerarse en el diagnóstico diferencial.

OBJETIVO

Revisar una causa infrecuente de úlceras crónicas en dorso nasal: las úlceras por presión de los dispositivos CPAP (presión positiva continua en vías respiratorias); así como su aproximación terapéutica.

MÉTODO

Se presentan dos pacientes con úlceras en dorso nasal sospechosas inicialmente de etiología tumoral, que resultaron únicamente relacionadas con el empleo de un dispositivo CPAP. Se muestra su proceso de diagnóstico y la evolución clínica.

RESULTADOS

Tras descartar la etiología neoplásica con una biopsia y hallada su relación con el decúbito de la máscara de la CPAP, se buscó un dispositivo alternativo. Ambas lesiones evolucionaron muy favorablemente una vez eliminado el apoyo; no obstante, uno de ellos presentó lesiones en otra localización por el nuevo dispositivo, y sólo la alternancia de ambos permitió una integridad cutánea en ambas zonas.

CONCLUSIÓN

Aunque las úlceras en el dorso nasal en pacientes de edad avanzada con frecuencia tienen etiología tumoral, otras causas menos frecuentes (úlceras por presión, dermatosis facticias, ...) deben incluirse en el diagnóstico diferencial. Aquellas lesiones nasales en relación con el decúbito de las máscaras CPAP son un reto diagnóstico y terapéutico. Debemos conocer el diagnóstico diferencial de estas lesiones y ayudar a los pacientes en la búsqueda de alternativas.

P-042

USO DEL APÓSITO DE SILICONA AUTOADHESIVO COMBINADO CON ÁCIDO HIALURÓNICO PARA EL TRATAMIENTO DE CICATRIZ TRAS HERIDA POR MORDEDURA DE PERRO

Hernández Sánchez, Leonor; Ampuero Jiménez, Carlos.

HU Puerta de Hierro, Majadahonda.

OBJETIVO

Demostrar la mejora en la elasticidad de la piel cicatrizal tras el uso de un apósito de silicona autoadherente (Askina® Scar Repair) combinado con el uso de acido hialurónico.

MÉTODO

Se realiza revisión retrospectiva del caso clínico de una paciente que sufre mordedura de perro en cara interna de miembro superior derecho, que afecta a dermis profunda y deja una pérdida de sustancia de 70 mm. Tras el cierre completo de las lesiones, se objetiva formación hipertrófica de la cicatriz, acompañado de dolor, hipersensibilidad e impotencia funcional. En la práctica diaria, abrumados por las dimensiones de una herida, su complejidad o simplemente por lo atractivo del caso clínico, olvidamos la importancia de mantener una adecuada elasticidad y cicatrización que no provoque retracciones ni cicatrices antiestéticas. Pero para los pacientes las cicatrices hipertróficas pueden suponer un problema funcional no

solamente estético, que es necesario abordar.

RESULTADOS

Se presentan los resultados de un caso clínico, tras el uso combinado durante 2 meses y medio del apósito de silicona autoadherente (Askina® Scar Repair) con ácido hialurónico se consigue una mejora estética de la ciatización, así como de la elasticidad de la piel cicatrizal y funcionalidad del miembro afectado. La paciente refiere mejoría funcional del miembro afectado y se objetiva una disminución de la hieprtrofia cicatrizal.

CONCLUSIONES

Es necesario abordar el estado de las cicatrices tras el cierre completo de una herida crónica para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

P-043

MIONECROSIS POR CLOSTRIDIUM SECUNDARIA A CÁNCER DE COLON

Reola Ramírez, Enara; Puertas Peña, Javier; Sanz Aranda, Ester; Perales Enguita, Alba; Martí Ayats, Josep María; Yuste Benavente, Valentín; Agulló Domingo, Alberto.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

La mionecrosis clostridial (gangrena gaseosa) es una infección muscular potencialmente mortal que se desarrolla contiguamente desde un área de trauma o por vía hematógena desde el tracto gastrointestinal con siembra muscular. El reconocimiento temprano y el tratamiento agresivo mediante desbridamiento amplio y tratamiento antibiótico intravenoso son esenciales.

MÉTODO

Se presenta el caso de un varón de 76 años de edad sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias por inicio de un cuadro de mionecrosis en extremidad inferior derecha asociado a un empeoramiento de un dolor abdominal inespecífico de larga evolución. En el TAC realizado en urgencias se confirma el diagnóstico de mionecrosis secundaria a émbolo séptico de tumor primario de colon. El estudio microbiológico confirma infección por Clostridium Septicum. Se le realiza hemicolectomía derecha y desbridamientos agresivos seriados, tratamiento mediante terapia de vacío y cobertura con injertos de piel parcial.

RESULTADOS

El paciente actualmente se encuentra libre de enfermedad y deambula sin necesidad de muletas.

CONCLUSIONES

La mionecrosis por Clostridium es una enfermedad rara y grave en la que es primordial tener un alto índice de sospecha, iniciar tratamiento antibiótico intravenoso precoz así como desbridamiento amplio y siempre que sea espontánea y causada por C. septicum buscar una neoplasia colorectal o hematológica.

P-044

AUTOLESIONES EN PERSONA CON DETERIORO COGNITIVO. ¿FAVORECER LA CURACIÓN O MANTENER SU AUTONOMÍA Y DIGNIDAD?

Moreno Hoyos, María Del Carmen; Serra Soler, Rosario.

Hospital Joan March, Bunyola.

OBJETIVO

- Curar las lesiones.
- Reflexionar sobre el uso de sujeciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Caso: mujer de 75 años con antecedentes de celiaquía, HTA, trombosis retiniana y demencia de Cuerpos de Lewy en estadío moderado, que presenta excoriaciones por autolesión. Son lesiones sobreinfectadas, sangrantes y de difícil cicatrización por las acciones de rascado continuo, que alteran su imagen corporal. En seguimiento por dermatología, neurología y enfermería.

Junto al tratamiento local, se realizan exploraciones complementarias y se aconseja a la familia el uso de productos hidratantes. Para evitar nuevas autolesiones se plantea el uso de sujeción mecánica o farmacológica.

RESULTADOS

Se descarta patología asociada. Tras probar distintos apósitos, se consigue la curación con pomada de corticoides y

antibiótico (indicación dermatológica), y película de poliuretano. Aparecen de nuevo excoriaciones por no cesar el rascado.

La paciente es muy autónoma por lo que el uso de manoplas de sujeción o medidas farmacológicas plantea un dilema a la familia y al profesional, ya que le privarían de libertad de movimientos.

Ambas opciones se descartan en este momento del proceso.

Se continúa con curas y soporte emocional a la familia.

CONCLUSIONES

Cuando la persona no es capaz de comprender y cooperar en su tratamiento, se plantea un reto importante que afecta tanto al personal sanitario como a la familia.

Ante un caso controvertido como este, aun sabiendo que si sujetáramos a la paciente conseguiríamos la curación de las heridas, asumimos el riesgo de no sujeción favoreciendo la dignidad, libertad y bienestar de la persona.

P-045

DESARROLLO DE DISPOSITIVOS DE MEDICIÓN CONTINUA DEL ENTORNO LOCAL DE HERIDAS DE LARGA EVOLUCIÓN MEDIANTE EL USO DEL "SCREEN-PRINTING" SOBRE SUSTRATOS FLEXIBLES: "PRUEBA DE CONCEPTO"

Torregrosa Valls, Juan[1]; Cebrián Ferriols, Antonio[2]; Juan Blanco, María Aránzazu[3]; Tormos Ferrando, Álvaro[2]; Guill Ibáñez, Antonio[2]; Alba Moratilla, Carmen[4]; García Breijo, Eduardo[5].

[1]Escuela de Doctorado. Universidad Católica de Valencia, Valencia; [2]Instituto Universitario de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (ITACA), Universitat Politècnica de València, Valencia; [3]Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia; [4]Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia; [5]Instituto Interuniversitario de Investigación de Reconocimiento Molecular y Desarrollo Tecnológico (IDM), Universitat Politècnica de València, Universitat de València, Valencia.

OBJETIVO

El objetivo principal es desarrollar y evaluar la viabilidad como "prueba de concepto" de un prototipo basado en sustratos flexibles que cumpla las características de inocuidad, adaptabilidad, esterilidad y ergonomía. Deberá permitir la obtención de forma continua de parámetros propios del entorno local de heridas y suponer una mejora frente a los actuales sistemas de adquisición comerciales.

MÉTODO

Teniendo en cuenta la morfología de las heridas, se diseñó un sistema de sensorizado de temperatura por contacto con 4 puntos de medición superficial mediante el cual, se monitorizará de manera longitudinal, los diferenciales térmicos de la herida en comparación con valores basales de referencia. El sistema se desarrolló a partir de la selección cuidadosa de diferentes materiales que cumplieran las características anteriormente citadas y que pudieran utilizarse sobre ellos técnicas de confección novedosas.

RESULTADOS

Se obtuvo un sistema ad-hoc de sensorizado y almacenamiento utilizando técnicas de "Screen Printing de tintas electrónicas", sobre una base de poliuretano (PU) laminado y recubierto de geles de Polidimetilsiloxano (PDMS). Dicho sistema fue capaz de obtener cambios locales de temperatura en la herida de forma continua y autónoma cumpliendo los requisitos previamente establecidos.

CONCLUSIONES

El uso como base para la implementación de sensores de sustratos como el PU y el PDMS, ampliamente conocidos en el tratamiento de las heridas, presenta una alta potencialidad para el desarrollo de sistemas de monitorización de diferentes parámetros locales considerados indicadores del estado y evolución de las heridas, suponiendo una mejora frente a otros sistemas actuales.

P-046

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LAS MASAS DE TEJIDOS BLANDOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sánchez García, Alberto; Pérez García, Alberto; García Vilariño, Elena; Salmerón González, Enrique; Alonso Carpio, Miriam; Trapero Ovejero, Ana.

Hospital La Fe de Valencia, Valencia.

El diagnóstico diferencial de las masas de rápido crecimiento originadas en estructuras vasculares, óseas o tejido adiposo debe incluir los sarcomas de tejidos blandos. No obstante, la realización de técnicas de imagen permite, junto con el

estudio histológico, la filiación de la patología. Esto es debido a que, dada la escasa incidencia de estas neoplasias, otras etiologías infrecuentes también ganan peso en el diagnóstico diferencial. Así, la minuciosidad del estudio diagnóstico permite evitar la radicalidad de la cirugía para la exéresis de los sarcomas de tejidos blandos en casos inciertos.

Presentamos el caso de una paciente de 75 años con antecedente personal de mastectomía y radioterapia postoperatoria que presentó como secuela una osteorradionecrosis de clavícula y una úlcera crónica, reconstruida mediante un colgajo fasciocutáneo. Cinco años más tarde, se objetivó una recurrencia de la úlcera supraclavicular, con la visualización en una prueba de imagen de una tumoración excrecente polilobulada de 6 x 6 cm. No obstante, no se objetivaba invasión pleural ni afectación a distancia. La biopsia informaba de tejido inflamatorio inespecífico sin presencia de células tumorales.

Ante la sospecha clínica de sarcoma se planteó una resección total de la lesión con márgenes ampliados. No obstante, dada la atipicidad en la clínica y los antecedentes, se realizó una exéresis con márgenes más ajustados, que requirió no obstante de un colgajo de recto abdominal libre para su reconstrucción. El estudio histológico informó de la existencia de un hemangioma capilar lobular sobreinfectado, junto con quistes infundibulares con reacción gigantocelular a cuerpo extraño.

P-047

MANEJO QUIRÚRGICO PARA LAS SECUELAS DE LA SEPSIS MENINGOCÓCICA: COLGAJO INGUINAL PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE AMPUTACIONES DIGITALES

Trapero, Ana; Sánchez García, Alberto; Corella Estévez, Pilar; Alonso Carpio, Miriam; Vicente Pardo, Andrea; Vanaclocha, Nieves.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

La sepsis meningocócica es una emergencia médica que puede llevar al fracaso multiorgánico y shock. La meningococemia produce formación de trombos, reduciendo el flujo sanguíneo en órganos y extremidades, provocando su gangrena.

Se expone el caso de una paciente mujer de 49 años sin antecedentes médicos de interés, que ingresa por afectación cutánea en extremidades secundarias shock séptico meningocócico. Entre otras lesiones, presentaba necrosis de falanges proximales de 2º-5º dedos de ambas manos. Desde su ingreso, la paciente ha sido intervenida en múltiples ocasiones, realizándose, amputaciones multidigitales interfalángicas en ambas manos. Para la reconstrucción de la mano izquierda se optó por un colgajo locoregional inguinal.

Descrita por McGregor en 1972, la técnica de enterramiento de la mano consta de dos tiempos. En primer lugar, se realiza un marcaje del trayecto de la arteria circunfleja ilíaca superficial, se eleva el colgajo y se traspone a la zona receptora, realizando un cierre primerio de la zona donante. A las 3- 4 semanas aproximadamente, una vez se ha creado vascularización propia, se libera la zona receptora del abdomen.

El colgajo inguinal es una técnica poco utilizada puesto que cada vez se tiende más a utilizar colgajos libres. Sin embargo, en casos seleccionados, puede ser una elección eficaz y de escasa morbilidad, con unos resultados funcionales adecuados.

P-048

NECROSIS CUTÁNEA POR ADMINISTRACIÓN DE NORADRENALINA

Bernarte Sorribas, María Jesús; Torres Morales, Julia.

Hospital Universitario Del Henares, Coslada-Madrid.

Paciente de 72 años que acude a Urgencias por cuadro febril y sangrado por nefrostomía tras pielografía realizada ese mismo día. Función renal alterada con hipotensión refractaria a tratamiento. Activado código sepsis por qSOFA 2/3.

Ingreso en UCI con perfusión de Noradrenalina (dosis de 1mcg/Kg/min.).

Al sexto día de ingreso en UCI presenta lesión isquémica en pulgar de mano derecha y en índice de pie derecho empeorando al noveno día sobre todo lesión en mano. Al existir pulso radial y cubital Cirugía Vascular indica no estar indicada revascularización, recomiendan antiagregación+ anticoagulación+ vasodilatadores periféricos, mejorando lesión de pie derecho.

Alta en UCI al 20º día. Seguimiento por Enfermería de Enlace.

Se realiza cura en hospitalización según pauta de Cirugía Vascular con Betadine, aumentando extensión de placa necrótica.

A los cuatro meses derivación a Consulta de Heridas Crónicas por parte de Enfermera de Consulta de Cirugía.

Tras valoración de pulsos radial y cubital (presentes y enérgicos) se decide desbridamiento enzimático con aplicación de colagenasa+ácido hialurónico.

OBJETIVOS

- Desbridamiento enzimático de placa necrótica.
- Favorecer cicatrización de lesión.

METODOLOGÍA

- Plan de Cuidados de Enfermería.
- Seguimiento en Consulta de Heridas Crónicas cada 48 horas.
- Desbridamiento enzimático + cortante.

RESULTADOS

- Desbridamiento de placa necrótica con tejido de granulación y epitelización de lesión completa.

CONCLUSIONES

- Tras valoración de lesión, no presenta patología vascular que contraindique desbridamiento enzimático y/o cortante suspendiendo administración de Betadine con evolución adecuada de la herida con cicatrización total de la misma.

P-049

HERIDAS ATÍPICAS EN MIEMBROS INFERIORES: Mesa coordinada por la Dra. Elena Conde

Cabeza Martínez, Rita.

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda-Madrid.

La ponencia se basa en la presentación de casos clínicos con heridas atípicas en extremidades inferiores. En cada caso clínico se expone el abordaje integral de la herida atípica: historia clínica, exploración física, diagnóstico etiológico y manejo terapéutico. El enfoque será muy práctico para tratar de identificar las causas más frecuentes de heridas atípicas desde el punto de vista dermatológico. Asimismo se hará énfasis en las perlas terapeúticas que faciliten la cicatrización de estas heridas atípicas.

P-050

A PROPÓSITO DE UN CASO: ANGIOSARCOMA CUTÁNEO

Oyonate González, Hector[1]; Marshall Cerda, Ariel[2]; Yoon Kim, Tai-Sik[1]; Casaudoumecq Martí, Alfredo[1]; Descarrega Roman, Jordi[1]; Raigosa Garcia, Mauricio[1]; Fontdevila Font, Joan[1].

[1]Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona; [2]Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Varón de 79 años que consulta por hematoma frontotemporal izquierdo que el paciente refiere apareció tras un traumatismo. Se realiza desbridamiento cortante de área necrosada y se pautan curas en base a gel de urokinasa. Se realiza seguimiento ambulatorio de la lesión, que evoluciona de forma tórpida sin una causa clara. El paciente acude a urgencias por sangrado de la lesión y anemización, por lo que se decide ingreso y estudio. Se realiza una biopsia incisional que es diagnostica para angiosarcoma cutáneo. Se realiza estudio de extensión y se decide realizar tratamiento paliativo con radioterapia hemostática y fomentos de ácido tranexámico cada 12 horas. Se realiza derivación a centro de paliativos donde el paciente finalmente fallece.

OBJETIVO

Presentación de caso clínico: angiosarcoma cutáneo que se presenta como hematoma postraumático de evolución tórpida.

MÉTODOS

Seguimiento fotográfico del caso en consultas externas hasta ingreso en nuestro centro, donde se realiza biopsia incisional y estudio de extensión con tomografía computerizada.

RESULTADO

Tras realizar biopsia incisional se llega al diagnóstico de angiosarcoma cutáneo, y tras el estudio de extensión, se decide realizar medidas de confort.

CONCLUSIONES

El angiosarcoma cutáneo es una enfermedad rara (0.1% neoplasias cabeza y cuello) y de mal pronóstico. Tiene una presentación clínica variable y, en ocasiones, similar a entidades benignas (hematoma, celulitis, eccema, etc.), lo que dificulta y retrasa el diagnóstico. Es necesario concienciar sobre la necesidad de realizar biopsia precoz a toda úlcera de evolución tórpida para descartar etiologías atípicas.

Miscelánea

PD-30

ACTUALIZACIÓN EN LA VALIDEZ DE LAS ESCALAS DE EVALUACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE HERIDAS

Alguacil Ruiz, Elisabet; Chicote Pablo, Montserrat; Jiménez Cámara, Maria; Canuto Martin, M. Eugenia; Estrada Fernández, Saray; Suárez Rodríguez, Elena.

Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa.

OBJETIVOS

Identificar las Escalas de Evolución (EE) aplicadas en lesiones cutáneas validadas.

Conocer las características de las escalas aplicadas en la evolución de heridas cutáneas y piel perilesional.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica para identificar las EE en siete bases de datos y los términos fueron: instrument, ulcer, wound, healing, assessment, scale, evolution, validation, reliability, sensitivity, sensitivity to change, perilesional skin, dermatitis incontinence.

RESULTADOS

Se seleccionaron 10 EE validadas. Se objetivaron la validez en la Tabla 1. Se analizaron los parámetros de las escalas en la Tabla 2.

Tabla 1. Cuadro resumen resultados obtenidos de las EE.

ESCALA	ZONA	I. KAPPA	α CRONBACH	SENSIBILIDAD AL CAMBIO
PUSH	UPP MMII	0,9 - 1,0	0,79	Alta
PUSH-e	UV MMII	0,78	-	
PSST	UPP MMII	0,78		
PWAT		0,66		
BWAT	UPP	0,91		
RESVECH	UPP, MMII	0,89	>0,72	
FEDPALLA-II	PIEL PERILESIONAL	0,72	0,78	-
IADS	DAI	0,98	-	Alta
EVE		-		
PAT		0,83	>0,9	

Tabla 2. Relación triángulo de valoración y las EE.

	Lecho de la herida	**Borde herida**	**Piel perilesional**
PUSH 3.0	x		
PUSH-e			
PSST		x	**2 ítems**
PWAT			
BWAT			
RESVECH 2.0			
FEDPALLA-II			**Sí**
IADS			**2 ítems**
EVE			**1 ítem**
PAT			

CONCLUSIONES

Las diferentes EE actuales están limitadas a su utilización.

La utilización del triángulo de evaluación requiere que se desarrollen instrumentos específicos y fiables, que contemplen todos los aspectos necesarios.

Existen diversas escalas de valoración de evolución de las heridas pero ninguna hasta el momento evalúa los tres aspectos del triángulo de evolución recomendado por la WUWHS.

PD-31

EVIDENCIA ACTUAL SOBRE LAS DIFERENTES ESCALAS DE VALORACIÓN DE LAS ÚLCERAS NEUROPÁTICAS EN EL MIEMBRO INFERIOR: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Bahilo Gandía, Alejandro; Torregrosa Valls, Juan.

Facultad de Fisioterapia y Podología de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia.

OBJETIVO

El objetivo principal fue evaluar las diferencias existentes entre el grado de recomendación, nivel de evidencia y aplicabilidad práctica en las escalas empleadas en la valoración de las úlceras neuropáticas en el miembro inferior.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda en las bases de datos bibliográficas EbscoHost, PUBMED y Web Of Science de las que se extrajeron doce de las escalas y sistemas de valoración más empleadas en la clasificación de úlceras neuropáticas. A partir de los artículos encontrados, se analizó el contenido, la evidencia existente y su correspondencia con la práctica clínica.

RESULTADOS

De los 35 artículos seleccionados de las bases de datos para su lectura detallada (Ebscohost n=7, Pubmed n=13, Web of science n=15) finalmente se seleccionaron 16 (EbscoHost n= 5, Pubmed n= 7, Web of science n=4) que se incluyeron en la revisión correspondiente y que hicieron relación a las siguientes escalas: SINBAD, DIAFORA, DUSS, Clasificación profundidad-isquemia, DEPA, PEDIS, SEWSS, CHS, WIfI, Meggit-Wagner y Texas. Se obtuvo una comparación de dichas escalas en base a los criterios establecidos por González de la Torre et al. y el nivel de evidencia obtenido según la calidad de su publicación original.

CONCLUSIONES

Se pudo observar que no existe una relación directa entre nivel de evidencia, grado de recomendación y aplicabilidad práctica, así como que no se observó que existiese un motivo que fundamentase que los sistemas de clasificación con una mayor evidencia fuesen los más apropiados para ser utilizados durante la práctica clínica.

PD-32

A PROPÓSITO DE UN MODELO DE EVALUACIÓN DE EVOLUCIÓN DE LAS HERIDAS

Alguacil Ruiz, Elisabet; Chicote Pablo, Montserrat.

Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa.

OBJETIVOS

- Identificar los parámetros de las escalas de evolución de las lesiones cutáneas validadas.
- Proponer un modelo de valoración de evolución de las heridas.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica para identificar las EE en siete bases de datos, siendo los términos utilizados: instrument, ulcer, wound, healing, assessment, scale, evolution, validation, perilesional skin, dermatitis incontinence.

RESULTADOS

Se identificaron diversas EE como RESVECH 2.0 (4), PUSH (5), FEDPALLA-II, BWAT, PSST -PWAT, IADS, EVE y PAT. Los parámetros identificados están recogidos en la tabla 1.

Miscelánea

Tabla 1. Parámetros de evaluación de evolución de las heridas.

General	Lecho de la herida	Borde de la herida	Piel perilesional
Anamnesis del paciente (antecedentes patológicos, nutrición, parámetros bioquímicos, etc.) Tipo y localización de la herida Dolor	Tamaño Profundidad Infección Exudado Tipo de tejido en el lecho	Maceración Deshidratación Tunelizaciones Bordes	Maceración Hidratación Excoriación Hiperqueratosis Pápulas Pústulas Edemas Lindefemas Eczema Eritema Vascularización

Fuente: Elaboración propia, 2019.

CONCLUSIONES

No existe ninguna escala que contemple todos los elementos mencionados.

Es importante conocer el estadio de cicatrización en el que se encuentra una herida para saber gestionar bien qué material utilizar.

Un buen método a utilizar es una sistemática de los parámetros mencionados en la tabla 1, y de esa manera, tener una orientación para poder realizar una valoración integral de la evolución de las heridas, tal y como recomienda la WUWHS.

PD-33

PACIENTE CON LESIONES POR VIRUS DEL HERPES ZOSTER TRATADO CON DACC: A PROPÓSITO DE UN CASO

Velasco Quirce, Santiago[1]; Diez Esteban, María Eugenia[2]; Quintanilla Mata, María Pilar[2]; Franco Rodríguez, Irene[1]; Martínez Orue, Itziar[1].

[1]Gerencia De Atención Primaria De Burgos, Burgos; [2]Gerencia De Atención Especializada De Burgos. Hospital Universitario De Burgos, Burgos.

OBJETIVO

Valorar la eficacia de un tratamiento innovador Cutimed Sorbact en el tratamiento de Herpes Zóster.

METODOLOGÍA

Paciente de 55 años remitido desde el servicio de Diagnóstico Rápido (M. Interna) que presenta herpes zoster cérvico-torácico izquierdo en fase activa.

Se inicia tratamiento con aciclovir 800 mg oral cada 4h durante 15 días y aciclovir tópico 2-3 veces al día en la zona afectada, manteniendo la piel limpia y seca.

Tras 15 días de tratamiento ineficaz con aciclovir tópico se decide iniciar tratamiento con Cutimed Sorbact Gel.

Curas diarias de la zona afectada en U. de Heridas con suero fisiológico para limpiar y se coloca sobre las lesiones Cutimed Sorbact gel, cubriendo con camiseta de algodón que transpire.

RESULTADOS

En las lesiones de tórax presentan muy buena evolución epitelizando en 5 días.

Sin embargo en espalda y cuello aparecen nuevas lesiones (coincidiendo con la suspensión de aciclovir oral), que requieren inicio de tratamiento en esa zona con epitelización completa de las lesiones en un plazo de 15 días.

Por parte del paciente:

Aumento del confort, disminución de los picores y sensación de quemazón en las lesiones así como un mejor control del dolor prácticamente desde la primera aplicación.

El paciente puede realizarse el autocuidado guiado por su enfermera.

CONCLUSIONES

Cutimed Sorbact Gel ha resultado ser un tratamiento eficaz y coste efectivo para Herpes Zoster reduciendo además el dolor y picor, mejorando la calidad de vida del paciente.

PD-34

ABORDAJE ENFERMERO DEL PÉNFIGO

Morenza Corbacho, Marta[1]; Méndez Pedraza, Marta[1]; García Fernández, Beatriz[1]; Izquierdo Ortega, Henar[2]; Pérez Becares, María Victoria[1].

[1]CS Rio Tajo, Talavera de la Reina; [2]CS La Algodonera, Talavera de la Reina.

OBJETIVOS

Determinar los cuidados de enfermería más adecuados para tratar las lesiones cutáneas por pénfigo.

MÉTODO

Revisión bibliográfica en bases de datos: Pubmed, Cochrane, Cuiden y Cinahl. Búsqueda con lenguaje controlado siguiendo la estrategia "Pemphigus" AND "nursing". Se tomaron como válidos resultados en inglés, portugués y español, con una antigüedad máxima de 10 años. Se seleccionaron 8 artículos.

RESULTADOS

Tras nuestra revisión el resultado de mayor evidencia fue una guía de práctica clínica de dermatología publicada en *British Journal of Dermatology* 2017; nos basamos fundamentalmente en ella para describir los cuidados a llevar a cabo. Esta guía recomienda la aplicación de un emoliente de parafina suave y líquida, con el fin de reforzar la función barrera de la piel, reducir la pérdida de agua transcutánea y fomentar la reepitelización. Además, se demuestra la eficacia de perforar las ampollas sin desbridar los restos de piel, actuando como barrera biológica.

El registro sistemático y diario de nuevas lesiones en la fase aguda de la enfermedad es de gran utilidad. El alivio de las presiones y la prevención de la infección también son indispensables para conseguir una rápida curación.

CONCLUSIONES

En el cuidado de este tipo de lesiones es necesaria la atención al individuo integralmente: hemodinamia, termorregulación, manejo del dolor, nutrición y apoyo psicológico a la persona son esferas que se deben atender con igual importancia.

El tratamiento de las lesiones por pénfigo se debe llevar a cabo por enfermeras especializadas en el cuidado de las heridas.

PD-35

EXCEPCIÓN QUE CONFIRMA LA REGLA EN EL ABORDAJE Y TRATAMIENTO DEL PIODERMA GANGRENOSO

Alcolea Cuevas, Begoña[1]; Cabero Pérez, Ana Belén[1]; Galindo Carlos, Amparo[1]; Conde Montero, Elena[2].

[1]Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid; [2]CEP Vicente Soldevilla, Madrid.

OBJETIVOS

Demostrar un tratamiento alternativo del Pioderma Gangrenoso (PG) tratado con terapia de presión negativa (TPN), con y sin depósito, y terapia compresiva (TC) de 40 mmHg como tratamiento coadyuvante.

METODOLOGÍA

Mujer de 32 años con antecedentes de lupus eritematoso sistémico y nefritis lúpica. Presenta lesión de 7 x 5 cm de tamaño en tercio medio pretibial de miembro inferior izquierdo. Evolución de aproximadamente 6 meses que comenzó con la aparición de una flictena sin traumatismo desencadenate. Se realiza estudio histiopatológico: lesión compatible con PG.

Herida altamente exudativa. Se comienza con curas cada 24 horas con venda de Zinc y varias capas de alginato.

A pesar de estar contraindicado y debido a la mala gestión del exudado, se aplica TPN sin depósito y TC con vendaje multicomponente.

Tras 8 días con múltiples cambios de apósitos por saturación de los mismos, se decide cambiar a TPN con depósito, manteniendo presión a - 80 mmHg.

Transcurridos 21 días de TPN y TC se observa evolución favorable del lecho y disminución importante del exudado.

La lesión cerró completamente tras recibir microinjertos cutáneos.

RESULTADOS

La paciente precisó un mes con doble terapia para alcanzar un lecho apto para ser injertado.

CONCLUSIONES

A diario nos encontramos con heridas complejas de diagnosticar y tratar, siendo un desafio para los profesionales. Ha sido un reto realizar un diagnóstico precoz e incluir la TPN en el tratamiento del PG con altos niveles de exudado, decisivo para la mejoría de la lesión, aunque esté contraindicado por la bibliografia revisada.

PD-36

INJERTOS EN SELLO PARA LA CURACIÓN DE HERIDAS POSTQUIRÚRGICAS EN LA CABEZA: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

Pardo, Gerónimo[1]; Recarte Marín, Lorena[2]; Pérez Jerónimo, Laura[2]; Peral Vázquez, Alicia[2]; Conde Montero, Elena[2]; Selva Sevilla, Carmen[3].

[1]Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Gerencia de Atención Integrada de Albacete, Albacete; [2]Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid; [3]Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Castilla La Mancha, Albacete.

OBJETIVO

Describir los resultados obtenidos tras aplicar la técnica de injertos en sello para la curación de heridas en la cabeza, pues no es un lugar habitual.

MÉTODO

Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes atendidos en una consulta de dermatología afectos de heridas postquirúrgicas en la cabeza que fueron tratadas con la técnica de injertos en sello en los años 2017 y 2018.

RESULTADOS

Durante el período mencionado fueron tratados 45 pacientes, con una edad media de 77±14,5 años y un rango absoluto de entre 35 y 96 años.

El tiempo mediano de evolución de las heridas fue de 3 meses (valor máximo de 180 meses), y presentaban un tamaño mediano de 2,1 cm^2 (valor máximo de 20 cm^2).

La técnica del injerto en sello se realizó a 26 pacientes (58%) en la primera visita, mientras que en los 19 pacientes restantes se realizó con una demora mediana de 8 días (máximo de 34 días).

El 88,9% de las heridas (40 pacientes) curó tras una única sesión de injertos, en un tiempo mediano de 15 días (valor máximo de 177 días). Los restantes 5 pacientes precisaron entre 1 y 2 sesiones más, y tardaron en curar entre 43 y 155 días.

Ninguno de los pacientes atendidos precisó ingreso hospitalario durante la evolución de la herida.

CONCLUSIONES

La técnica del injerto en sello es efectiva para el tratamiento curativo de heridas postquirúrgicas que afectan la cabeza.

PD-37

LA ONICOMICOSIS Y EL ACEITE DE OZONO COMO TRATAMIENTO COADYUVANTE. UN TRATAMIENTO INNOVADOR, SENCILLO Y SEGURO

Gómez Jurado, Rosa[1]; Fondo Álvarez, Érika[2]; Cerame Pérez, Silvia[3]; Fernández Rodríguez, Laura[1]; Novo Fernández, Elia[2]; Santiso Casanova, Emma[2]; Burgos Lobato, Ramon[1]; Rodríguez Mato, Vanessa[4]; Pérez Mora, Laura[5]; Gómez Del Pino, Álvaro[1].

[1]CMUC Málaga, Málaga; [2]CMUC Piadela, Betanzos; [3]CMUC España, Betanzos; [4]CMUC Málaga, Betanzos; [5]CMUC Madrid, Madrid.

OBJETIVOS

Describir el tratamiento de onicomicosispara erradicar la infección micótica y restaurar la apariencia normal de la placa ungueal.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo sobre casos de onicomicosis basado en el tratamiento con laserterapia y aplicación de aceite de ozono por sus propiedades bactericidas, fungicidas y antimicrobianas.

En clínica se realiza laserterapia cada 15 días y se aplica aceite de ozono tópicamente tras la sesión.

En su domicilio se indica lavado con jabón de ozono y secado minucioso. Se recomienda la aplicación del aceite de ozono 2 veces al día inicialmente y tras 2 semanas 1 vez diario.

Como mantenimiento en domicilio, tras el alta, se recomienda la aplicación del aceite de ozono días alternos.

RESULTADOS

Se consigue erradicar la infección micótica y restaurar la placa ungueal en un total de 4 semanas.

CONCLUSIÓN

El aceite de ozono como tratamiento coadyuvante con laserterapia es efectivo para lograr una mejoría clínica y una solución a la micosis ungueal.

PD-39

ABORDAJE DE HEMATOMA SUB-CUTÁNEO POSTRAUMÁTICO A TRAVÉS DE LA TÉCNICA ROVIRALTA. CASOS CLÍNICOS

Alcaide Carrillo, David; Ochoa-Hortal Rull, Miguel Ángel; Cendrero Torrado, Ana; Duran Carranza, María Belén; Morillas Arques, Piedad; Cordoba Loizeau, José; Pérez Marques, Tamara; Lozano Sánchez, María Antonia; Carrasco Martínez, Noelia.

Hospital de Baza, Baza (Granada).

Los hematomas dérmicos y subcutáneos son entidades nosológicas insidiosas, complejas y de difícil manejo, que generan angustia y sufrimiento a la persona que lo padece.

OBJETIVO GENERAL

Abordar los hematomas subcutáneos hasta la resolución de la lesión.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las técnicas de cura empleadas para la resolución de la lesión.
- Evaluación del dolor (EVA).

MÉTODO

El uso de heparina de forma local tiene capacidad de estimular los neutrófilos, que degradan el hematoma y liberan factores de crecimiento.

Así mismo se empleó la cura en ambiente húmedo, Desbridamiento cortante, Terapia de Presión Negativa y terapia compresiva.

RESULTADOS

Caso Clínico 1 Paciente portador de prótesis total de rodilla con un mes de evolución atendido en diferentes ocasiones en el servicio de Urgencias por lesión tras caída en rodilla. Se realiza evacuación del hematoma y se da el alta con cierre casi total de la lesión para su abordaje por Atención Primaria. EVA al inicio 8 a las dos semanas 2.

Caso Clínico 2 Paciente con hematoma a nivel frontotemporal que tras 20 días de evolución, se realiza evaciación del Hematoma y cura en ambiente humedo, consiguiendo el cierre en 1 mes y 12 días. Eva al inicio 9 a las dos semanas 2.

CONCLUSIONES

El empleo de la HBPM permite una rápida resolución de hematomas tantos cerrados como abiertos (laceraciones, avulsiones con colgajo, flictenas con contenido hemorrágico) evitando que los restos hemáticos, puedan complicar dichas heridas.

PD-40

IMPORTANCIA DEL DIÁLOGO ENTRE LOS COMPONENTES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS CRÓNICAS

Conde Navarro, Nuria[1]; Cima Fernández, Eva[1]; Balmon Pérez, Laura[1]; Martínez Muñoz, Irene[1]; Figueras González, Cristina[1]; Pérez Jerónimo, Laura[2]; Peral Vázquez, Alicia[2]; Recarte Marín, Lorena[2]; Posadas Vegas, Alberto[1].

[1]Hospital Virgen de la Torre, Madrid; [2]Centro de Especialidades Vicente Soldevilla, Madrid.

OBJETIVO

Mejorar la atención en el tratamiento de lesiones crónicas, visibilizando las barreras entre diferentes ámbitos de la atención sanitaria y resaltando las herramientas actuales para llevarlo a cabo.

Presentar la importancia de la comunicación entre profesionales para mejorar la atención biopsicosocial y aumentar la sensación de seguridad del paciente y familiares encargados de su cuidado.

MÉTODO

Presentación de 2 Casos clínicos como ejemplos reales de comunicación entre profesionales, analizando fortalezas y puntos de mejora. El primero, Úlcera de Martorell en paciente con arteriopatía crónica. El segundo, úlcera por presión en

sacro de una paciente dependiente e incontinente con obesidad mórbida.

RESULTADO

En el transcurso del tratamiento de un paciente pluripatológico con una lesión van surgiendo problemas que hacen necesarios un abordaje holístico del paciente. Para efectuarlo, es necesaria una relación de ayuda entre profesionales basado en disposición de colaboración y confianza mutua como pilar del equipo multidiscilinar. Centrándonos en todo momento en las características y necesidades particulares del paciente y sus familiares.

En esta era digital y de inmediatez, surge la necesidad de crear una línea directa oficial entre profesionales para resolver dudas sobre tratamiento, estructura y funcionamiento de diferentes servicios. De esta forma el paciente conocerá el siguiente paso a seguir y reducirá su ansiedad ante la incertidumbre del "que pasará".

CONCLUSIONES

Debido a la complejidad en el abordaje y tratamiento de las lesiones crónicas se hace necesario la formación especializada en heridas.

Sería deseable la constitución formal de equipos multidisciplinares para el abordaje de las diferentes úlceras.

PD-41

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y MANEJO MULTIDISCIPLINAR DE LA EPIDERMÓLISIS AMPOLLOSA: REVISIÓN DE LA LITERATURA Y CASO CLÍNICO

Alonso Carpio, Miriam; Sánchez García, Alberto; Trapero Ovejero, Ana; Condiño Brito, Eloy; Ruiz Valls, Alejandro; López Blanco, Eva.

Hospital La Fe de Valencia, Valencia.

La epidermólisis ampollosa abarca un grupo de trastornos hereditarios infrecuentes caracterizados por fragilidad cutánea severa con manifestaciones variables. El patrón de herencia es autosómico recesivo o dominante, dependiendo del subtipo. Su prevalencia se sitúa en 1/200000 a nivel mundial. El rasgo más típico es la formación de ampollas intraepidérmicas y erosiones de forma espontánea o tras traumatismos mínimos. Otros hallazgos pueden incluir distrofia ungueal, queratodermia y flictenas intraorales.

El diagnóstico de sospecha se establece en la primera infancia, con el despegamiento cutáneo tras mínima tracción, que sugiere localización intraepidérmica de la disrupción cutánea. El diagnóstico diferencial incluye el síndrome de la piel escaldada estafilocócica, dermatosis IgA lineal, penfigoide e impétigo ampolloso.

El manejo clínico se basa en la utilización de medidas de protección que eviten la fricción cutánea, así como la infección secundaria de las heridas. Además, en ocasiones se precisan intervenciones quirúrgicas repetidas para la paliación de secuelas cicatriciales, tales como las sindactilias recidivantes y las retracciones en áreas de flexión de las extremidades.

En esta comunicación realizamos una revisión acerca de las manifestaciones clínicas más frecuentes de este grupo de trastornos y del manejo multidisciplinar requerido para las múltiples manifestaciones que conlleva.

P-051

HERIDA COMPLICADA EN PIE ÚNICO COMPLEJO: PRESERVAR EL APOYO, MANTENER LA AUTONOMÍA

Rozado Gutiérrez, Elena Mª; De La Fuente Prieto, Aida; Vázquez García, Nuria; Rodríguez Martínez, Mª Luz.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

INTRODUCCIÓN

La úlcera de Pie Diabético constituye un factor de riesgo principal de amputación no traumática. El desgaste progresivo, en términos de deterioro de la calidad de vida, y los costes asociados, tanto en recursos sanitarios como en consecuencias sociofamiliares, nos indican la necesidad de ofertar atención temprana interdisciplinar a esta patología de elevado componente invalidante.

OBJETIVOS

Cierre de una úlcera localizada sobre pie único, evitar recidivas y conservar el apoyo efectivo.

MÉTODO

Presentamos el caso de un paciente protetizado, con alto riesgo de pérdida de la extremidad única, afectado por úlcera de etiología neuroisquémica sobre amputación transmetatarsiana atípica previa, obstrucción distal a poplítea, sospecha de osteomielitis no confirmada radiológicamente," probe to bone" positivo. Precisó sucesivos reingresos, para revascularización y limpieza quirúrgica. Secundariamente, con el abordaje integral del paciente, minimizamos la hiperfrecuentación de urgencias y reingresos. De este modo, afrontamos el proceso desde una perspectiva global, que implica: Control Metabólico, Vigilancia de la Perfusión Distal, Cuidados de la herida, Ajuste de descargas, todo ello mediante aplicación de terapéutica consensuada interniveles que combina cura convencional con terapias avanzadas ajustadas a evolución y efectos esperados.

RESULTADOS

Epitelización de la lesión, conservación de apoyos y de la deambulación con adaptación ortésica a la biomecánica del pie.

CONCLUSIONES

La prestación de cuidados de vigilancia intensiva y continuada, con el paciente en el centro de un Programa de Atención Coordinada, contribuye a evitar la cascada ligada a las grandes amputaciones, protegiendo su autonomía en cuanto a autocuidado e integración social plena.

P-052

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL PIE DIABÉTICO

Estrada Fernández, Saray; Sánchez Vicente, José Manuel; Jiménez Cámara, María; Suárez Rodríguez, Elena; Alguacil Ruiz, Elisabet; Pozo Pérez, Sara; Molero Carrillo, Eva; Canuto Martín, Mª Eugenia.

Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa.

OBJETIVO PRINCIPAL

Conocer y abordar de forma multidisciplinar el pie diabético tanto en su prevención como en su tratamiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Disminuir las complicaciones del pie diabético.
- Mejorar la continuidad de cuidados y la calidad de vida del paciente diabético.

MÉTODO

Disminuir costes sociales y económico Se realizó una revisión bibliográfica utilizando bases de datos como Pubmed, Scielo, CUIDEN, Cochrane y LILACS.

RESULTADOS

La medida más eficaz para la prevención y tratamiento del pie diabético es su abordaje desde una perspectiva multidisciplinar. Esto se traduce en la creación de las Unidades Multidisciplinares de Pie Diabético (UMPD), un modelo asistencial compuesto por profesionales de enfermería, medicina de familia, endocrinología, podología, fisioterapia y cirugía vascular, entre otros, que trabajan en equipo con sus competencias bien definidas. Este modelo agiliza el proceso asistencial, reduce las complicaciones, mejora la continuidad de cuidados y la calidad de vida del paciente diabético y disminuye costes.

CONCLUSIÓN

El pie diabético es una de las complicaciones de la diabetes que supone grandes costes personales, sanitarios, sociales y económicos. Cada año, 1 de cada 4 diabéticos desarrollan una úlcera en el pie, siendo España el 2º país por detrás de Estados Unidos con más amputaciones de miembros inferiores a causa de la diabetes tipo 2.

Pósteres

Pie diabético

La evidencia científica concluye que las complicaciones del pie diabético disminuyen con una atención multidisciplinar mediante el uso de guías, protocolos y la formación de profesionales en la materia.

P-053

NUEVO TRATAMIENTO PARA EL DOLOR NEUROPÁTICO PERIFÉRICO

Carrasco Cortijo, Laura; Doalto Muñoz, Yolanda; Centeno Negueira, Ana; Arredondo Castillo, Patricia; Pardo Vitorero, Raquel; Pontón Cortina, Alejandro; Sarralde Aguayo, José Aurelio; Arnáiz García, Ana María; Juárez Crespo, Carlos.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

VALORACIÓN

- Mujer DMI 46 años.
- Separada y madre de una niña de 17 años.
- Sintomatología depresiva (17 años).
- Anorexia y Bulimia.
- Personalidad paranoide.
- Inhibición.

EXPOSICIÓN

Tras el parto precisó tratamiento psiquiátrico y psicológico por sintomatología depresiva e intento autolítico (purgaciones en forma de vómitos) provocando coma diabético con afectación de CPE dcho. Queda una neuropatía periférica. Dolor crónico e intenso desde la pierna hasta el pie.

INTERVENCIÓN

Se decide en la UPD tratar de forma local con parche de Capsaicina 179 mg.

El parche es de un solo uso con durabilidad de 3 meses.

Recortar el vello (No rasurar).

Se limpia la zona, se seca bien y se pega.

A los 60 min se retira de enrollando el parche hacia dentro para no suspender partículas al aire.

Después se aplica gel limpiador 80.2mg/g butilhidroxianisol. Se deja un minuto mínimo, se retira con gasa seca y se lava la zona.

A la retirada presenta reacción eritematosa, desaparece a los 3 días.

RESULTADOS

La primera aplicación se realiza en mayo del 2019; reconoce que por las mañanas está bien y que empeora tras pasear a las 20:00h, pero no tiene dolor nocturno reconociendo que camina mejor (escala EVA 2 o +). Ahora está pendiente de un segundo parche.

Ha reducido la alodinia previa del 86%, la intensidad del dolor inicial y el 50% en la superficie de la zona de hiperalgesia.

CONCLUSIÓN

La sola aplicación del parche de capsaicina reduce significativamente la alodinia como el dolor neuropático.

P-054

DIFERENTES TERAPIAS PARA UN FIN COMÚN

Torres Subires, Antonia; Hinojosa, Dolores; Álvarez, Lorenzo Ramón; Delgado, Sara; Pol, Mº Antonia; Garrigós, Xenia; Alimama, Mª Dolores; Abellán, Maravillas; Villafaina, Yolanda.

Consorcio Sanitario de Terrassa, Terrassa.

En nuestra actividad asistencial nos encontramos a menudo con heridas que tienen una etiología bien definida y otras que, por localización, estado del lecho o de la piel perilesional pueden dar lugar a dudas.

Si no hay un diagnóstico claro, podemos llegar a epitelizar una herida, pero el riesgo de una recidiva será mayor que en otros casos, es importante por ese motivo conocer las etiologías de las lesiones y actuar en consecuencia.

OBJETIVO Y MÉTODO

Existen en el mercado diferentes terapias para la cura de heridas y los profesionales debemos conocerla.

El tipo de cura o terapia que se utiliza para un mejor control de la lesión debe ir acompañado del conocimiento: del tipo de lesión, de la localización y de los antecedentes patológicos del paciente.

Reconocer a pacientes que pueden tener heridas de diferentes etiologías y afrontar en cada momento la cura o terapia que sea más idónea para el/ella.

Diabetes, HTA, estado nutricional, son factores a tener en cuenta a la hora de realizar curas de heridas, también conocer al paciente y empoderarlo en su autocuidado.

Pie diabético

Trabajaremos el caso de un paciente con diferentes etiologías de heridas, el cual hemos tratado con distintas terapias según el estado y el tipo de lesión a lo largo de todo el proceso, empoderando al paciente y educando en salud.

CONCLUSIONES

Un conocimiento de las diferentes terapias y una formación continua del profesional, así como el empoderamiento del paciente en su autocuidado, son factores importantes durante todo el proceso de cura.

PD-42

EVALUACIÓN DE LA PREVENCIÓN Y MANEJO DEL PIE DIABÉTICO REALIZADO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Hidalgo Ruíz, Sonia[1]; Basilio Fernández, Belinda[2]; Merchán Felipe, Mª Nieves[1]; Alfageme García, Mª Pilar[1]; Alcaide Carrillo, David[3]

[1]Universidad de Extremadura, Plasencia, Cáceres; [2]Servicio Extremeño de Salud, Plasencia, Cáceres; [3]Hospital de Baza, Baza, Granada

OBJETIVOS

- Evaluar la realización, por enfermería, de las actividades relacionadas con la prevención y manejo del pie diabético (PD).
- Validar el cuestionario elaborado.
- Proponer medidas de mejora.

MÉTODO

Estudio descriptivo transversal y observacional mediante cuestionario autogestionado elaborado *ad hoc* con recomendaciones sobre PD de organismos internacionales. Validación del cuestionario por 7 especialistas, probado en 15 enfermeras y lanzado por redes sociales siendo la población diana el personal de enfermería ejerciente en España. Se analizaron un total de 164 cuestionarios, de los que, sólo 157 cumplían los criterios de inclusión.

RESULTADOS

Un 89,81% descalza a sus pacientes, el 80,25% los explora, el 62,67% clasifica el pie de riesgo y el 58,60% el PD. Un 84,07% realiza educación y un 62,42% comprueba habilidades, aunque sólo el 19,11% realiza educación grupal. Además, un 92,35% deriva, en un 71,34% se responsabilizan del tratamiento y el 63,70% utiliza descargas. Existen diferencias significativas por intervalos de edad, trabajar en primaria u hospitalaria, ser podólogo, tener formación específica, el cupo de pacientes y el número de úlceras tratadas en los últimos 3 meses. El cuestionario muestra una validez interna de 0,731.

CONCLUSIONES

El porcentaje de cumplimiento de las actividades evaluadas es elevado. Se necesita incidir en una mayor realización de la exploración en atención especializada y la anamnesis en primaria, la realización del índice tobillo/brazo con presencia de síntomas, la utilización de escalas de clasificación del riesgo y del PD, comprobación de habilidades, la aplicación de descargas y sobre todo en la implementación de talleres prácticos.

PD-43

HERIDAS COMPLEJAS EN PACIENTE MUY COMPLEJO

Beaskoetxea, Paz; Rubio Vicente, Sara; Vega De Ceniga, Melina; Gorostiola, Lide; Aurrekoetxea, José Tomás.

Hospital de Galdakao, Usansolo (Galdakao).

Hombre de 38 años.

Antecedentes personales.

- DM tipo 1 (diagnóstico 1993).
- Tóxicos (OH, tabaco, drogas).
- VHC+ diagnosticado en enero 2016.
- HTA.

Intervenciones quirúrgicas previas:

- Amputación transfalángica de 3º dedo de EII (01/13).
- Reamputación transfalángica proximal 3er dedo EII (07/13).
- Amputación 3º dedo EID (01/15).

Ingresa el día 15/06/2018 por gangrena gaseosa en pie izdo.

Pie diabético

OBJETIVOS

- Conservar el pie.
- Reducir la infección.
- Alta hospitalaria temprana.
- Conseguir dorsiflexión activa eficaz.
- Conseguir el cierre de la lesión.

MÉTODOS

- Se realiza desbridamiento de pie izquierdo con escisión de tejido subcutáneo y fascia de pie. Amputación trans-metatarsiana del 5º dedo el día 21/06/2018.
- Valoración por parte del equipo de cirugía de pie.
- Ingresa para cirugía de pie el día 28/12/2018.
- Realizándole amputación trans-metatarsiana completa con reparación del tendón tibial anterior y plastia del extensor para conseguir dorsiflexión activa eficaz.
- Las curas están a cargo de la UHC durante su ingreso y al alta del paciente.

RESULTADOS

El paciente conserva el pie.

- Alta hospitalaria el día 6/07/2018 pasando a cargo de la Unidad de Heridas Complejas(UHC).
- El cierre de las lesiones se consigue en 10 meses de tratamiento.

CONCLUSIONES

- El eje central de nuestros cuidados, ha sido el paciente.
- Trabajando de una manera multidisciplinar hemos conseguido la excelencia en esos cuidados.

Quemados

P-055

QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO POR MANIPULACIÓN DE PIROTECNIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Molero Carrillo, Eva; Cabero Jiménez, Montserrat; Pozo Pérez, Sara; Canuto Martín, María Eugenia; Jiménez Cámara, María; Estrada Fernández, Saray; Suárez Rodríguez, Elena.

Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa.

OBJETIVOS

Identificar el tratamiento de las quemaduras de segundo grado superficiales, y evaluar la efectividad del apósito de lámina de silicona.

METODOLOGÍA

Seguimiento y tratamiento de quemadura de segundo grado superficial, durante 12 días.

RESULTADOS

Día 25/6: Presenta quemadura de segundo grado superficial en zona palmar y 1º,2º,3º y 4º dedo de mano izquierda. Se realiza desbridamiento de flictenas y drenaje. Cura con agua jabonosa + suero fisiológico + apósito de lámina de silicona + gasa + vendaje de sujección.

Día 26/6: Lecho con tejido de granulación, exudado abundante que satura apósito secundario, bordes macerados. Control cada 24 h.

Día 27/6: Se reduce maceración de bordes, se desbrida piel perilesional y del lecho con pinzas.

Día 29/6: Lesión con buena evolución, misma pauta de cura, espaciando a 72h las curas.

Día 5/7: Lesión epitelizada, se recomienda hidratación tópica.

CONCLUSIONES

El tratamiento de quemaduras de segundo grado superficiales se realiza en ambiente húmedo, tras el desbridamiento de flictenas. Se considerando efectivo el apósito de lámina de silicona utilizado junto un apósito secundario; porque permite la visualización del lecho, facilita la cicatrización y espacia las curas, reduciendo los costes sanitarios.

P-056

QUEMADURAS SECUNDARIAS A LA DEPILACIÓN LÁSER

Pozo Pérez, Sara[1]; Tor Figueras, Encarnación[1]; Molero Carrillo, Eva[1]; Mesa Vera, Rebeca[1]; Jiménez Cámara, María[2]; Estrada Fernández, Saray[2].

[1]Consorci Sanitari de Terrassa - CAP Terrassa Nord, Terrassa; [2]Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa.

OBJETIVOS

- General: Conseguir la curación de la piel lesionada a través de la atención enfermera desde AP.
- Específico: Aplicar cuidados según la etapa de la lesión hasta su total recuperación.

MÉTODO

Caso clínico.

Mujer de 25 años sin alergias conocidas y como antecedente de interés había estado tomando tratamiento hormonal. A finales de octubre, tras un mes sin tomar el sol, decide continuar con su tratamiento de depilación láser en extremidades inferiores. Era su tercera sesión, pero la primera tras el verano. La paciente acude al centro de atención primaria con quemaduras de segundo grado en la zona de aplicación, ambas extremidades inferiores.

RESULTADOS

La paciente presentaba dolor, escozor, prurito y malestar general por lo que se trata inicialmente con corticoide intramuscular. Seguidamente se le trata con corticoides tópicos y antihistamínicos orales. Posteriormente, el tratamiento se limita a aceite de rosa mosqueta. Se realiza seguimiento persistiendo, al cabo de 1 mes, hipopigmentación residual. Se aconseja la exposición progresiva al sol, con lo que se obtendrá le reversibilidad de las lesiones.

CONCLUSIONES

Actualmente está en auge el uso de equipos láser para la eliminación del vello no deseado. La aparición de complicaciones con la depilación láser influye el tipo de técnica empleada y las características del paciente. En este caso, el tratamiento previo hormonal pudo estar relacionado con la aparición de estas lesiones cutáneas. Se aprecia la necesidad de realizar más investigaciones sobre la depilación láser y los factores que interacción con la piel al fin de evitar estos efectos adversos.

P-057

ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE QUEMADO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Arranz López, Daniela[1]; Calle Frías, Ana Belén[2]; Martín De La Calle, Soraya[3]; González Álvarez, María Sonsoles[3]; Concejo Vallejo, Mª Carmen[3].

[1]Gerencia Atención Especializada Valladolid Este /Oeste, Valladolid/Medina Del Campo; [2]Gerencia Asistencia Sanitaria De Segovia- Atención Primaria, Segovia; [3]Gerencia Atención Primaria Valladolid Este, Iscar.

OBJETIVOS

- Definir el grado de profundidad/extensión del paciente quemado.
- Establecer el papel de enfermería en la detección de posibles complicaciones que este tipo de pacientes puede presentar (infecciones, dolor…) e identificando las más frecuentes.
- Analizar de forma integral al paciente teniendo en cuenta los aspectos que influyen en su recuperación (nutrición, antecedentes personales, enfermedades metabólicas, cuidados de enfermería, reposición hídrica…).

MÉTODO

La metodología aplicada ha sido una revisión bibliográfica en distintas bases de datos electrónicas como Pubmed y Cochrane. Se utiliza también el banco de evidencias de Sacyl y Medline y los referenciales que facilitan. Se han utilizado como términos DeCS: quemaduras, infecciones por quemaduras, regla de Wallace, intervenciones de enfermería. Se excluyen artículos de más de diez años y los idiomas aceptados son castellano e inglés.

RESULTADOS

Las quemaduras son un tipo de lesiones de la piel que pueden afectar a planos superficiales y profundos. En función de su extensión y profundidad requieren distintos tratamientos. Son una de las lesiones que mayores complicaciones conllevan: riesgo de infección, el dolor, y el impacto psicológico y emocional que implican.

La recuperación de este tipo de pacientes varía dependiendo el abordaje que se realice, debemos tener en cuenta aspectos como la reposición hídrica adecuada, el balance nutricional correcto en función de las necesidades, las patologías y antecedentes previos del paciente.

CONCLUSIONES

Enfermería juega un papel fundamental en este abordaje, ya que recibe un contacto directo con el paciente, lo que permite abordar todos los aspectos de forma conjunta y detectar posibles complicaciones.

P-058

GESTIÓN DEL EXUDADO EN LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE. UN CASO

Suárez Martínez, María Mercedes; Nión Seijas, Carmen; Lista Gerpe, Sonia María.

CHUAC, A Coruña.

El cuidado centrado en las personas coloca al paciente en el centro de la atención, permitiéndole participar en la toma de decisiones.

Varón de 41 años que sufre quemaduras por deflagración, al pasar por delante de un compañero que manipulaba disolvente. SCQ aprox 5%. Las quemaduras son de 2º superficial y profundo en manos, cinturón abdominal y cara interna del muslo izquierdo. Día de la quemadura 18/11/2019. El 19/11/19 se realiza desbridamiento enzimático bajo sedación con posterior cobertura con polihexanida gel y apósitos hidrocoloides c/48-72h. EL 27/11/19 se programa cirugía para desbridamiento e injerto del muslo, el resto de le las quemaduras no precisan cirugía. La zona dadora (ZD) fue el muslo izquierdo.

OBJETIVO

- Empoderar al paciente en la toma de decisiones.
- Proporcionar el mayor confort con las curas realizadas.
- Mantener un cuidado centrado en las personas.

MÉTODO

- Se realiza una comunicación efectiva con el paciente, de este modo averigüamos que el paciente lleva muy mal las curas aplicadas después del desbridamiento enzimático. La gran adherencia de los apósitos a la piel sana, la fuga y el movimiento de fluido dentro del mismo, le genera ansiedad, nerviosismo y angustia al pensar en la próxima cura. También sufre insomnio por la incomodidad aun estando con tratamiento ansiolítico.
- Se le ofrecen alternativas y se le permite elegir.
- Se le explica la intervención quirúrgica y para la cura de la ZD, que habitualmente realizamos con apósitos hidrocoloides, le damos otra opción disponible, la colocación de una membrana microporosa de copolímero de lactida, carbonato de trimetileno y caprolactona.

Quemados

RESULTADOS

I. Se logra comunicación efectiva con el paciente y de este modo va a quirófano más tranquilo.
II. Mejoramos su confort.
III. Aumenta la confianza del paciente en las personas que le cuidan.
IV. Se consigue la satisfacción de los profesionales.

P-059

QUEMADURA QUÍMICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Suárez Rodríguez, Elena[1]; Cabero Jiménez, Montserrat[1]; Molero Carrillo, Eva[1]; Moreno González, Carmen[2]; Alonso García, Veronica[3]; Mejido Menéndez, María Ines[3]; Rodríguez Alba, Laura[4]; Estrada Fernández, Saray[1]; Alguacil Ruíz, Elisabet[1]; Canuto Martín, María Eugenia[1].

[1]Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa; [2]Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo; [3]Hospital Vital Álvarez-Buylla, Mieres; [4]EAP Igualada Urbá, Igualada.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia de un apósito de espuma polimérica con matriz de hidrogel en una quemadura química de 2º grado.

Método: Seguimiento de la evolución de la lesión y valoración del tratamiento de elección.

RESULTADOS

- Hombre de 88 años que acude a consulta de enfermería de atención primaria por quemadura química de 2º grado superficial en antebrazo de miembro superior derecho de dimensiones 12 x 6 cm que corresponde al 2% de la superficie corporal. Lesión eritematosa con signos de infección y EVA de 7. Se prescribe amoxicilina clavulánico 875/125 mg cada 8 horas y se realiza cura mediante limpieza con suero fisiológico y apósito de espuma polimérica con matriz de hidrogel.
- A las 24 horas se realiza desbridamiento mecánico de piel desvitalizada, limpieza con suero fisiológico y apósito de espuma polimérica con matriz de hidrogel.
- Tras 4 días de curas esta presenta unas dimensiones de 6x2 cm, bordes bien delimitados, piel perilesional integra y tejido de granulación. Curas cada 48 horas, tras las cuales la lesión tiene unas dimensiones de 2,5 x 1 cm con la piel perilesional integra, no macerada y EVA 0.
- La lesión se presenta totalmente epitelizada tras 12 días de tratamiento.

CONCLUSIONES

Debería considerarse el apósito de espuma polimérica con matriz de hidrogel como un posible tratamiento en las quemaduras químicas de 2º grado, ya que reduce el tiempo de cicatrización y el dolor a la manipulación, facilitando la realización de autocuras y reduciendo los gastos sanitarios espaciando los tiempos entre curas.

P-060

EVOLUCIÓN DE QUEMADURAS DOMÉSTICAS DE SEGUNDO GRADO EN CARA Y CUELLO CON EXPOSICIÓN DE AMPOLLAS Y CREMA DE BETAMETASONA Y GENTAMICINA

Cárdaba García, Rosa María[1]; Pérez Pérez, Lucía[1]; Encinas Martín, Teodora[1]; López Bartolomé, Elena[2]; Cárdaba García, Inés[3]; Zlatanova Georguieva, Anna Takova[4]; Herrero De Frutos, María Teresa[4]; Caldevilla Romera, Rafael[4]; García Sanz, Laura María[4]; Varas Manovel, María Del Rocío[5].

[1]Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería de Valladolid, Valladolid;[2]Unidad de Soporte Vital Básico de Nava de la Asunción, Nava de la Asunción (Segovia); [3]Complejo Asistencial de Segovia, Segovia; [4]Gerencia de Emergencias Sanitarias de SACYL, Segovia; [5]Gerencia de Emergencias SACYL, Segovia.

OBJETIVOS

General:

Analizar la evolución de estas quemaduras de segundo grado superficial con exposición de ampollas y crema con corticoide y antibiótico.

METODOLOGÍA

Caso clínico:

Mujer de 36 años, que sufre las siguientes quemaduras:

- Quemaduras de primer grado en ambos antebrazos en placas de 10-15 cm.

- Quemaduras de segundo grado superficial en mejillas: derecha de tamaño 5x2 cm e izquierda de tamaño 3x1.5 cm (<1%SCQ).
- Quemaduras de segundo grado superficial en cuello:<1%SCQ.

El tratamiento llevado a cabo en coordinación entre Hospital Río Hortega Valladolid y Centro Salud de Cuéllar fue: Lavado de las quemaduras con suero salino, exposición de ampollas de mejillas y cura con celestone 1mg/g-gentamicina 1mg/g® en crema en quemaduras de segundo grado. Se pauta cura expuesta cada 12 horas con celestone 1mg/g-gentamicina 1mg/g® en crema, revisándose la evolución cada 48 horas hasta el día 12, y evitar la exposición solar. Se recomienda ibuprofeno cada 8 horas si dolor.

Estudio:

Se lleva a cabo un estudio de valoración cualitativa de la evolución de las quemaduras de acuerdo con escalas de resultados de criterios NOC para quemaduras, con duración de 3 meses.

RESULTADOS

Evolución favorable de acuerdo a: Piel con ampollas y Dolor: Escala h. Infección, Granulación tisular y Porcentaje de zona de la quemadura curada: Escala i.

CONCLUSIONES

El cuidado de las quemaduras de segundo grado superficial se benefician de la exposición de ampollas y del empleo de celestone 1mg/g-gentamicina 1mg/g® en crema.

Este tipo de curas evita la infección, reduce el dolor sustancialmente y favorece la curación.

P-061

NECROSIS DISTAL EN DEDOS DE LA MANO VERSUS QUEMADURAS POR CONGELACIÓN

Pérez Pérez, Lucia[1]; Cardaba García, Rosa Maria[2]; Galende Bermejo, Gemma Isabel[3]; Fernández Vaquerizo, Sergio[4]; Encinas Martín, Teodora[5]; Gil Sevillano, Maria[6]; Mileva, Mariela Ivanilova[7]; Martín Repiso, Luisa[5]; Pilar Gómez, Rosa Isabel[8]; Pérez Pérez, Natalia[6].

[1]Universidad de Valladolid. SUAP Arturo Eyries, Valladolid; [2]Universidad de Valladolid, Valladolid; [3]SUAP Arturo Eyries, Valladolid; [4]Centro de Salud Plaza del Ejercito, Valladolid; [5]Centro de Salud Circular, Valladolid; [6]Conserjeria de Sanidad, Valladolid; [7]Centro ce Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León, Valladolid; [8]Hospital Clinico Universitario de Valladolid, Valladolid.

OBJETIVOS

- Observar la evolución de una quemadura por congelación relacionada con necrosis distal en los dedos de la mano.
- Desarrollar un plan de cuidados de enfermería protocolizado e individualizado.

METODOLOGÍA

Varón de 57 años, fumador de 20cig/día y Diabetes Mellitus diagnosticada en el año 2005, controlada con antidiabéticos orales y hemoglobinas glicosiladas en rango.

Diagnosticado en agosto de 2017 de necrosis distal en 2º, 3º y 4º dedo de la mano izquierda. Dicha necrosis fue tratada con curas empleando Clostridiopeptidasa A (colagenasa)/otras enzimas proteolíticas, durante 15 días y cicatrización dirigida y evolución favorable.

En enero de 2019, tras lavar su vehículo con agua a presión un día de frío (-2ºC), se produce en los dedos que padecieron necrosis en 2017 quemaduras de segundo grado profundas, muy dolorosas, que abarcan la totalidad de la superficie del 2º y 3º dedo (2% de superficie corporal quemada).

En esta ocasión se realizaron curas locales en el centro de salud con Clostridiopeptidasa A (colagenasa)/otras enzimas proteolíticas, apósito impregnado de aceite de ricino y vendaje, siendo la frecuencia de realización de las curas cada 48 horas.

RESULTADOS

Tras la realización de las curas previamente indicadas se consiguió una completa recuperación de la integridad cutánea en cinco meses.

CONCLUSIONES

El cuidado de las quemaduras por congelación en pacientes con complicaciones metabólicas dificulta la curación y requieren de una valoración e intervención integral y continua de sus necesidades por un equipo multidisciplinar para facilitar la curación.

Quemados

PD-44

SEDOANALGESIA EN EL TRATAMIENTO LOCAL HOSPITALARIO DEL PACIENTE QUEMADO. *LA SEGURIDAD COMO PRINCIPIO FUNDAMENTAL*

Armayor Prado, Mónica; Romero De San Pio, María Jesús; Romero De San Pio, Emilia; Espina Angulo, María José; Sierra Arance, Covadonga; Martínez Magide, Gonzalo Jorge; Grela Martínez, María Carlota; Miranda Areces, Graciela.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

OBJETIVOS

- Proporcionar al paciente quemado una sedoanalgesia óptima, minimizando riesgos y efectos secundarios durante las curas.
- Optimizar los recursos y soporte vital proporcionados por la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro hospital a través del equipo de Respuesta Rápida durante el tratamiento local de las quemaduras graves.
- Incrementar el confort y la seguridad del paciente quemado durante los tratamientos.
- Elaboración de un protocolo piloto de analgesia, sedación y cuidados generales en coordinación con los servicios de Cirugía Plástica y Unidad de Cuidados Intensivos.

MÉTODO

MEDIDAS PUESTAS EN MARCHA.

Se ha elaborado un protocolo piloto de sedoanalgesia y de cuidados generales y específicos gracias a la y coordinación conjunta entre profesionales del equipo multidisciplinar de ambos Servicios.

RESULTADOS

La coordinación entre el Servicio de Respuesta Rápida y del Servicio de Cirugía Plástica, donde se realizan las curas al paciente quemado, aporta una seguridad plena durante el procedimiento tanto a los pacientes como a los profesionales.

Esto concede:

- Un mayor rendimiento del procedimiento.
- Gran satisfacción del personal ante la buena tolerancia a la técnica.
- Control de la respuesta al estrés por parte de los pacientes.

CONCLUSIONES

El manejo analgésico adecuado en pacientes con quemaduras influye de manera positiva en el resultado.

El trabajo en conjunto ha dado lugar a que la experiencia puesta en marcha sea muy satisfactoria para ambas partes sin olvidar que el principal beneficiario es nuestro paciente.

Concluimos que el manejo analgésico es el adecuado en pacientes con quemaduras y se ven reducidas las posibilidades de eventos adversos.

PD-45

TECNOLOGÍA DACC EN EL TRATAMIENTO DE QUEMADURAS DE 1º Y 2º GRADO

Ibáñez Sáenz, Alicia.

Hospital San Pedro Logroño, Logroño.

INTRODUCCIÓN

En España se estima que 3 de cada 1.000 habitantes sufren cada año quemaduras que requieren atención médica.

Las quemaduras son lesiones que se producen en la piel como consecuencia de la acción de agentes físicos o químicos que ocasionan la destrucción celular de la piel, de sus anexos e incluso de los tendones y músculos.

OBJETIVOS

Valorar la eficacia de Cutimed Sorbact Gel en el tratamiento de quemaduras de 1º y 2º grado.

- Reducir el dolor y calidad de vida del paciente.
- Disminuir la contaminación y prevenir la infección.

METODOLOGÍA

Presentamos el caso de una paciente mujer de 52 años sin antecedentes destacables. Presenta quemaduras de I y II grado superficial en dorso de mano izquierda y dedos con aceite hirviendo.

Acude a la farmacia y pautan tratamiento con Sulfadiacina argéntica en pomada. A los dos días acude a su enfermera del centro de salud ya que la evolución no era positiva: se recortan flictenas y cura con Cutimed Sorbact Gel que mantiene la humedad, controla la infección y elimina el dolor automáticamente. Se realizan 3 curas/48h cada cura. En una semana se consigue la epitelización total.

RESULTADOS

Las quemaduras han cicatrizado en una semana, con buenos resultados estéticos sin cicatriz y sin dolor para el paciente.

CONCLUSIONES

Cutimed Sorbact Gel ha resultado ser eficaz para la epitelización en quemaduras de 1º y 2º grado, acortando el tiempo de cicatrización consiguiendo una rápida e inmediata disminución del dolor, comodidad de curas para enfermería, bienestar para el usuario.

PD-46

ABORDAJE DE LAS QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Pérez Bécares, M Victoria[1]; García Fernández, Beatriz[1]; Izquierdo Ortega, Henar[2]; Fernández Casado, Carla[3]; Álvarez Ramos, Dunia[4]; Pérez Bécares, Carolina[3]; Méndez Pedraza, Marta[1]; Barajas Rodríguez, Alba[3]; Morenza Corbacho, Marta[1]; Aguado Ferreira, Ismael[3].

[1]C.S Rio Tajo, Talavera de la Reina; [2]C.S La Algodonera, Talavera de la Reina; [3]Complejo Asistencial de Zamora, Zamora; [4]Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos, Ferrol.

OBJETIVOS

Identificar la mejor evidencia disponible sobre el tratamiento de las quemaduras de segundo grado.

MÉTODO

Revisión Bibliográfica de los últimos 10 años en las principales bases de datos.

Palabras clave: Tratamiento, quemadura, flictena, cura húmeda, antibiótico tópico.

Se seleccionaron 5 artículos.

RESULTADOS

RETIRAR FLICTENA VS NO RETIRAR FLICTENA:

Se debe retirar la flictena si su diámetro es mayor de 1 cm.

Al retirarlas conocemos el grado de profundidad, es tejido no viable, favorece el desarrollo de infección autóloga y se incrementa la eficacia del tratamiento tópico.

Al no retirarla, protege de la infección externa y sirve como apósito que hace la función de epidermis.

CURA SECA VS CURA HÚMEDA:

La cura seca retarda el proceso de cicatrización. Riesgo de cicatriz patológica.

La cura húmeda favorece cicatrización y producen menos dolor.

ANTIBIÓTICOS TÓPICOS:

Las quemaduras menores suelen tener bajo riesgo de infección.

No se recomienda el uso rutinario (resistencias).

Puede ser útil en circunstancias específicas, tras biopsia previa.

CONCLUSIONES

El abordaje de la quemadura de segundo grado ha de comenzar con la limpieza de la herida con suero fisiológico, sin antibioterapia tópica de manera rutinaria. Las flictenas es recomendable retirarlas si son mayores de 1 cm y aplicar una cura en ambiente húmedo según las recomendaciones, para favorecer la recuperación.

Úlceras por presión

P-062

INFLUENCIA DE LOS MICRONUTRIENTES EN EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Gómez Alonso, María Inmaculada[1]; Parra Mediavilla, Paula[2]; Álvarez González, Antonio[3]; Rodríguez Samaniego, Laura[4]; Dueña Chamorro, Cristina[5]; Nieto González, Pilar[1]; Pascual Vegas, Paula Isabel[1]; Gutiérrez Lora, Cristina[1]; San Millán González, María[1]; Guerra Aristizabal, Sandra María[1].

[1]Centro de Salud Medina del Campo Urbano, Medina del Campo; [2]Centro de Salud Barrio España, Valladolid; [3]Centro de Salud Rondilla I, Valladolid; [4]Centro de Salud Canterac, Valladolid; [5]Centro de Salud Circunvalación, Valladolid.

OBJETIVO

Identificar la influencia de los micronutrientes en la cicatrización de las úlceras por presión (UPP).

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo mediante búsqueda bibliográfica.

Se realizó en noviembre de 2019 utilizando las bases de datos PubMed, Cochrane, Cuiden, Scielo y la web de GNEAUPP, sobre artículos cuyo objeto de estudio fuese el uso de micronutrientes como herramienta que influye en la cicatrización de las UPP, durante los últimos diez años, tanto en inglés como en español.

Se formuló una pregunta con formato PICO y se utilizaron los descriptores DeCS/MeSH.

RESULTADOS

Se encontraron 146 artículos de los cuales sólo se incluyeron 5 por ajustarse a los criterios de búsqueda. Los principales hallazgos fueron:

Los micronutrientes están implicados en la cicatrización de las UPP. Muchos tienen propiedades antioxidantes, estimulan la producción de colágeno y la función inmune; y algunos pueden disminuir el daño ocasionado por los radicales libres, mejorando potencialmente la cicatrización.

El nivel óptimo de consumo de vitaminas y minerales es desconocido, sin embargo, se ha evidenciado la necesidad de un mayor aporte de vitaminas A,C y E y zinc. Los micronutrientes deben proporcionarse mediante una dieta equilibrada y su deficiencia debe ser suplementada.

CONCLUSIONES

Los micronutrientes constituyen una herramienta importante en la cicatrización de las UPP, desempeñando cada uno un rol. Sin embargo, no existen unas recomendaciones sobre el nivel óptimo de consumo. Por ello, es necesario seguir investigando para establecer unas pautas estandarizadas respecto al empleo de micronutrientes en la prevención y el tratamiento de las UPP.

P-063

HERIDA POR FLEBITIS POSTINFUSIÓN EN CATÉTER PERIFÉRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Castillo, Eulàlia; Klingenberg, Guido; Navés, Ariadna.

Institut Guttmann, Badalona.

OBJETIVO

Cicatrización total de las heridas causada por flebitis superficial en catéter de más de 1 mes de evolución en ambas EESS.

Exponer el uso adecuado de productos para la resolución de la herida crónica que presentaba el paciente.

MÉTODO

Heridas en ambas EESS de más de 1 mes de evolución causadas por una flebitis en un ingreso hospitalario que habían sido tratadas con antiséptico tópico siendo su evolución no favorable.

Se propone desbridamiento cortante de todo el tejido necrótico y categorización de las heridas, así como tratamiento con ácido hialurónico + colagenasa de nueva generación hasta desaparición del tejido esfacelar y posterior aplicación de ácido hialurónico al 0,2% hasta su total epitelización. No precisa de medidas de compresión dado que no se comportó como una herida vascular y la situación de las heridas era en EESS.

RESULTADOS

Evolución favorable de las heridas hasta su total epitelización en 1 mes y medio.

CONCLUSIONES

Las heridas que presentan una evolución tórpida precisan de nueva valoración e indicación de tratamiento adecuado al tipo de tejido que presenta.

La combinación de los productos utilizados en este caso se puede proponer como una buena alternativa a las curas de heridas crónicas.

P-064

ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA: APLICANDO TECNOLOGÍAS INNOVADORAS AL CUIDADO DE LAS HERIDAS

Martínez Martínez, María Luz[1]; Vázquez García, Nuria[1]; Valerdiz Casasola, Susana[1]; De La Fuente Prieto, Aida[2].

[1]Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo; [2]Centro Atención Primaria Área IV, Oviedo.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) constituyen un importante problema sanitario, por sus repercusiones en la calidad de vida de los pacientes y por los elevados costes económicos que conllevan.

La Enfermera de Practica Avanzada (EPA), entre otras muchas capacidades, contribuye a la optimización de los recursos disponibles gestionándolos de forma eficaz.

OBJETIVO

Mostrar la competencia clínica de EPA en el tratamiento de un paciente con UPP.

MÉTODO

Se presenta el caso de un varón de 60 años con UPP isquiática izquierda categoría IV, síndrome mielodisplásico, paraplejia de miembros inferiores y paraparesia de miembros superiores.

Inicialmente se realiza desbridamiento cortante y enzimático con colagenasa. Tras la aparición de signos infecciosos locales se usa el dispositivo de fluorescencia MolecuLight iX, visualizando la carga bacteriana de la herida en tiempo real, y se inician curas con Cadexómero Iodado. Unos días después tras confirmación microbiológica, se comienza tratamiento antibiótico sistémico ajustado a antibiograma.

En tres semanas los signos infecciosos desaparecen, iniciando terapia de presión negativa (TPN), en principio con dispositivo con contenedor y posteriormente con dispositivo ultraportatil PICO®.

Tras 8 semanas se retira TPN y se inician curas con apósito modulador de metaloproteasas durante 10 semanas. Finalmente, como protección de tejido neoformado se indican curas con foam hasta conseguir cicatrización.

RESULTADOS

En 28 semanas desde la primera valoración se consigue la epitelización completa.

CONCLUSIONES

Conocimiento experto, habilidades para tomar decisiones y competencias clínicas de una EPA, ayudan a maximizar cuidados enfermeros y a mejorar la aplicación de técnicas avanzadas en los momentos adecuados.

P-065

TRATAMIENTO DE UNA UPP INFECTADA-LESIÓN POR HUMEDAD CON TECNOLOGÍA DACC Y ABSORBENTES DE ELEVADA TRANSPIRABILIDAD

Diez Massó, Fabiola; Pardo Diez, Mª Jesús.

Hospital Royo Villanova, Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

Paciente mujer de 68 años. Sin Alergias conocidas. Presenta Diabetes mellitus tipo 2. Dislipemia. Anemia multifactorial. Hipoproteinemia.

OBJETIVOS

- Controlar y Eliminar la infección.
- Controlar la humedad producida por la incontinencia.

METODOLOGÍA

En junio 2018 desde el centro de salud se registra presencia de UPP en zona sacra grado 2 insistiendo en medidas de prevención: movilización, almohadillado y cura local.

Evoluciona a grado IV reinfectándose en varias ocasiones y fistulizándose. Se realizan varios tratamientos sin éxito.

En junio se comienza tratamiento de UPP en isquion con Cutimed Sorbact gel + Cutimed Sorbion superabsorbente, con cura diaria y Cutimed Epiona + Cutimed Sorbact en lesión sacra. Se va viendo mejoría con el paso de los días, se realizan curas en atención primaria 2 veces por semana y semanalmente en el hospital llevando el mismo criterio.

En Julio 2019 se comienzan a utilizar los pañales Tena ConfioAir para control de la humedad de la zona como complemento a las curas e higiene con toallitas Tena Wet Wipe. Las curas se van espaciando por crecimiento de tejido de granulación en isquion, viendo buena evolución y la úlcera de sacro queda resuelta.

Úlceras por presión

RESULTADOS

Las curas se van espaciando hasta conseguir la cicatrización completa en la úlcera del isquion. Desde finales de agosto las citas para las curas se han reducido a 1 o 2 al mes y en domicilio días alternos.

CONCLUSIONES

El control de la infección y la humedad son dos variables clave para tener en cuenta en el tratamiento de lesiones mixtas UPP-Humedad.

P-066

UPP GIII TRAS 15 DÍAS DE INGRESO HOSPITALARIO CON INTEGRIDAD CUTÁNEA PREVIA

Hernández, Alicia; Fernández, Helena.

CAP Chafarinas, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Paciente de 86 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes: HTA, FA, cardiopatía hipertensiva, IRC, y demencia de 7 años de evolución. En febrero 2019, y tras alta hospitalaria de 2 semanas por pielonefritis y neumonitis aspirativa, aparece UPP GII-III en glúteo D de aprox 10 x 10 cm, con esfacelo y escara blanda. Se inician curas según TIME, se recomienda cojín y colchón antiescaras, y se instruye a la cuidadora asalariada que vive con ella en la realización de cambios posturales. A pesar de la demencia, antes del ingreso la paciente pasaba todo el día en sedestación, y presentaba integridad cutánea, sin ninguna alteración. Como consecuencia de la aparición de la úlcera, la paciente pasa a estar todo el día encamada, ya que no tolera la sedestación por el dolor. Durante 3 meses se realizan curas obteniéndose una evolución muy favorable hasta llegar a una pequeña úlcera de 1cm x 1cm.

OBJETIVO

Controlar el exudado de la herida. Favorecer el confort de la paciente. Empoderar a la cuidadora en los cambios posturales y en las medidas de prevención.

MÉTODO

Durante todo el proceso se realizaron curas según TIME, favoreciendo el desbridamiento del tejido no viable, y la formación de tejido viable de calidad.

RESULTADOS

Tras las medidas instauradas (curas, cambios posturales y sistemas de alivio de presión) la evolución de la herida fue favorable.

CONCLUSIONES

Durante los ingresos hospitalarios se debe extremar la vigilancia, sin perder de vista las medidas de alivio de presión.

P-067

USO DE LOS ANTIOXIDANTES PARA EL TRATAMIENTO DE HERIDAS CRÓNICAS A PROPÓSITO DE UN CASO

Monso Lamelas, Edurne; Jasse Cornet, Mireia; Costal, Gemma.

SCIAS Hospital de Barcelona, Barcelona.

OBJETIVO

El objetivo de nuestro trabajo es que las Lesiones Por Presión (LPP a partir de ahora) que presenta nuestra paciente mejoren y evolucionen hacia la granulación. Estas lesiones han presentado una evolución tórpida quedando en fase inflamatoria.

MÉTODO

Ante el fracaso de todos los tratamientos aplicados hasta el momento se decide aplicar apósitos antioxidantes en las LPP que presenta la paciente. Estos antioxidantes se usan en las lesiones mediante apósitos que se insertan dentro de la lesión. Las curad se realizan cada 72h y bajo supervisión de personal de enfermería. Estos apósitos se usan durante dos meses ininterrumpidos.

RESULTADOS

Las LPP presentan una importante mejoría, consiguiendo la desaparición del tejido desvitalizado y desaparición de la fase inflamatoria. Las lesiones también presentan una disminución de la extensión y profundidad. Durante el uso de los apósitos antioxidantes hay un aumento del exudado y del mal olor de las LPP.

CONCLUSIONES

El uso de los antioxidantes locales en las LPP que presenta la paciente han resultado un método adecuado para su correcta evolución.

Los apósitos usados son de fácil aplicación y manejo.

Las lesiones resultan ser más exudativas y presentan mal olor durante el uso de los antioxidantes.

P-068

ABORDAJE CONJUNTO ENTRE CIRUGÍA PLÁSTICA Y ENFERMERÍA EN HERIDA QUÍMICA POR EXTRAVASACIÓN DE DIFÍCIL TRATAMIENTO

Navés, Ariadna; Fernández, María José; Castillo, Eulàlia.

Institut Guttmann, Badalona.

OBJETIVOS

Cicatrización de herida de difícil manejo.

Explicar la importancia de la correcta elección del tipo de desbridamiento adecuado para cada momento.

MÉTODO

Paciente con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina y anticoagulado con sintron, presenta úlcera a nivel del dorso de la EIE con presencia de pulso y con mucho dolor; herida sugestiva de quemadura química por extravasación de vía.

Se realizó visita conjunta (enfermería + cirugía plástica) para determinar el tratamiento a seguir según las circunstancias del paciente.

Se lleva a cabo la combinación de distintos tipos de desbridamiento (cortante y enzimático: con colagenasa y con colagenasa combinada con ácido hialurónico) y posteriormente tras comprobar la aparición de biofilm, se optó por la aplicación de un apósito antimicrobiano c/72h, que permitió la correcta cicatrización de la herida, así como una disminución del dolor al conseguir espaciar la frecuencia de curas.

RESULTADO

La correcta coordinación entre los profesionales de diferentes disciplinas (cirugía plástica y enfermería), ha favorecido la continuidad de los cuidados y ha disminuido las complicaciones de la lesión.

Llevar a cabo un desbridamiento cortante ha permitido valorar el tipo de tejido que había debajo de la escara necrótica y elegir el tipo de cura más adecuado para este ha permitido una correcta evolución de la herida.

CONCLUSIONES

Una detección precoz del empeoramiento de la herida, así como la rápida derivación a cirugía plástica ha permitido una correcta evolución de la herida.

La combinación de los tratamientos aplicados ha permitido una buena evolución de las lesiones.

P-069

PREPARACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN ISQUIÁTICAS BILATERALES PARA COLGAJO MIOCUTÁNEO DE GRACILIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Zurro González, Susana[1]; De La Hera De La Fuente, María Pilar[2]; Colomer Prieto, Ana[1]; González Calvo, María Del Carmen[1]; Crespo De Las Heras, José Antonio[1].

[1]Centro de Salud La Puebla, Palencia; [2]Centro de Salud Palencia Rural, Palencia.

OBJETIVOS

Preparar úlceras por presión isquiáticas bilaterales para colgajo.

MÉTODO

Varón de 24 años, con úlceras por presión isquiáticas bilaterales 80x70 cm y 70x70 cm desde 25/1/2016.

Antecedentes: Mielomeningocele, desnutrición, nefrolitiasis, alergia al látex.

Intervención: Disminuir la carga bacteriana, eliminar tejido necrótico, control del exudado.

El 18/12/2018 acude al centro de salud con úlceras isquiáticas infectadas e isquion expuesto. Es ingresado en dos ocasiones por las úlceras isquiáticas. Tratado con fomentos permanganato potásico, hidrofibra de hidrocoloide con plata o alginato plata, relleno del 75% cavidad, gasa c/24h. No mejoría.

En febrero se propone cobertura mediante colgajo. Se realiza cura con malla de cloruro de diaquilcarbamilo (DACC),

hidrofibra de hidrocoloide con plata.

Cierre perimetral 70x60 cm y 60x60 cm. Introducción en cavidades profundas torunda DACC y en el resto malla DACC. Al mes el isquion está cubierto.

Cura: fomentos de ácido acético glacial, torundas y malla DACC.

Desde abril no tiene más ingresos hospitalarios.

En junio contacto de Atención Primaria con cirugía plástica, el paciente está preparado para colgajo.

RESULTADOS

El 4/7/19 Desbridamiento, bursectomía, cobertura mediante colgajo musculocutáneo grácil bilateral. Drenaje, injerto mallado. Drenaje radioguiado de colección de pelvis.

CONCLUSIONES

En base a la buena experiencia en este caso, se debería ratificarse con estudios comparativos. Tanto la utilización de los apósitos de captación bacteriana DACC, el control de la carga bacteriana y el relleno de la cavidad con torundas DACC, han favoreciendo así el proceso natural de cicatrización iniciándose la formación de matriz extracelular cubriendo el isquion expuesto y preparándose para cobertura mediante colgajo.

P-070

DESBRIDAMIENTO OSMÓTICO EN DOMICILIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ruiz García, Ana; Luque Garcia, Meritxell; Isart Bosch, Olga; Moreno Pérez, Sandra; Benedito Muniesa, Angels; Farret Massoni, Montse; Torres Casas, Mónica; Pizarro García, Susana; Fernández Orellana, Angela; Neciosup Tovar, Carmen.

Hospital de Barcelona-SCIAS, Barcelona.

El impacto de las UPP de larga duración y abordaje complejo es elevado desde el punto de vista de calidad de vida, complicaciones secundarias y gasto sanitario.

A través de nuestro programa de Atención al Paciente Pluripatológico (PAPPA) de Assistència Sanitària, recurso multidisciplinar para la atención y la hospitalización domiciliaria de pacientes crónicos pluripatológicos, detectamos el caso de una paciente con UPP categoria IV de evolución tórpida.

El desbridamiento osmótico consiste en la eliminación del tejido necrótico y la carga bacteriana del lecho de la herida. El apósito Hydroclean® libera solución Ringer que acelera la autolisis de los tejidos desvitalizados.

OBJETIVO

Evaluar la utilidad de un apósito de solución Ringer Hydroclean® en el desbridamiento de UPP con tejido necrótico para posteriormente realizar cura con TPN.

METODOLOGÍA

- Valoración geriátrica integral.
- CAH con apósito Hydroclean®.
- Planificación de cura con TPN al término de la fase desbridativa.

RESULTADOS

Mujer, de 62 años, diagnosticada de esclerosis múltiple desde 1992, dependiente para todas las ABVD, con UPP sacro categoria IV de larga evolución.

DÍA 1: se decide retirar TPN por no presentar buena evolución, UPP con lecho necrótico y esfacelado, exudado abundante. Se inicia cura con apósito Hydroclean®.

DÍA 2: disminución del tejido necrótico y esfacelado.

DÍA 4: lecho totalmente granulado.

CONCLUSIONES

El uso del apósito Hydroclean® ha demostrado ser útil para acelerar el desbridamiento de úlcera necrótica en 4 días. El seguimiento de la cura por parte del equipo multidisciplinar ha evitado la hospitalización. Para demostrar la eficacia, sería necesario contrarrestar con otros casos.

P-071

INGRESÓ PARA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PROGRAMADA DE UNA PRÓTESIS DE RODILLA Y.....

Gómez Zabala, Mª José.

Hospital de Galdakao, Usansolo(Galdakao).

Hombre de 84 años.

Antecedentes personales.

- DM tipo 2.
- HTA.
- IVC.
- ITB: D=0.63/I=0.7.

Ingresa el día 19/04/2018 de manera programada colocación de PTR izda.

1º ingreso (19/04) - PTR izda. recibe el alta (25/04).

2º ingreso (30/04) - TVP izda.

3º ingreso (05/05) - HDA, consciente y orientado, en la urgencia hematemesis franca, disminución progresiva de conciencia, se procede a la IOT.

Traslado a la UCI ----- Planta digestivo (11/05) ----- Alta (15/05).

4º ingreso (18/05) – febrícula, hipotensión (70/50) con caída ortostática.

- Infección UPP sacro y talón izdo (Placa necrótica).
- Licuefacción, se abscesificada (9 cms) objetivado por TAC.
- Cultivo (+) a Enterococo faecium.

OBJETIVOS

- Evitar la presión.
- Desbridamiento de la lesión.
- Control de la infección.
- Gestión del exudado.
- Alta hospitalaria temprana.
- Conseguir el cierre de la lesión.

MÉTODOS

- Se realiza desbridamiento quirúrgico 25/05 generando gran cavidad, hasta plano de fascia preosea.
- Se realizan curas con Terapia de presión negativa(TPN), durante el primer mes.
- Se pasa a apósitos convencionales hasta el cierre.
- Las curas están a cargo de la UHC durante su ingreso y al alta del paciente.

RESULTADOS

- Se consigue alta hospitalaria temprana (31/05/2018) pasando a cargo de la Unidad de Heridas Complejas (UHC) y mejorando la calidad de vida del paciente.
- Se evitan nuevos ingresos.
- El cierre de las lesiones se consigue en 5 meses y medio.

CONCLUSIONES

- El eje central de nuestros cuidados, ha sido el paciente.
- Trabajando de una manera multidisciplinar hemos conseguido la excelencia en esos cuidados.

P-072

UTILIZACIÓN DE UN SISTEMA DE CONTROL FECAL EN UN PACIENTE CON UNA ÚLCERA POR PRESIÓN ASOCIADA A UNA ÚLCERA POR HUMEDAD

López Díaz, Sandra; Fernández Alonso, Esperanza; González Sánchez, Mari Paz.

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés (Madrid).

INTRODUCCIÓN

La incontinencia fecal produce una serie de problemas cutáneos importantes como deterioro de la integridad cutánea ocasionando un aumento en la estancia hospitalaria y del tiempo enfermera/paciente, teniendo una repercusión sanitaria y económica.

El sistema de control Flexi – Seal® produce una reducción de estos problemas, siendo necesario conocer los cuidados de enfermería.

OBJETIVO

Describir las características generales del paciente y uso de un sistema de control fecal, identificar la incidencia de fuga,

conocer la tolerancia del paciente, y comprobar la eficacia.

MÉTODO

Presentamos un caso de una paciente de 85 años que se intervine quirúrgicamente presentando múltiples complicaciones que la llevan a desarrollar una UPP en sacro. El manejo de la UPP es dificultoso por la presencia de incontinencia fecal y diarrea lo que asocia además, una úlcera por humedad.

Para el control de la las úlceras se ha utilizado un dispositivo de derivación fecal, describiendo los cuidados y realizando un registro de las variables.

El cuestionario de tolerancia al dispositivo (cogido de otro estudio) se realizó en tres ocasiones.

Permanencia del dispositivo 97 días. Presenta 12 fugas perisonda con 9 retiradas accidentales, 2 fueron por heces espesas y 7 por laxitud de la musculatura.

Desde la introducción del dispositivo la Úlcera por Humedad y la UPP mejoraron.

El cuestionario de tolerancia al dispositivo (cogido de otro estudio) se realiza en 3 ocasiones.

CONCLUSIONES

El sistema de control fecal Flexi Seal®, nos permite manejar la incontinencia fecal, mejorando el bienestar del paciente y disminuyendo las complicaciones asociadas.

P-073

CÓMO CAMBIA UNA LESIÓN POR PRESIÓN CON EL EMPLEO DE UN MANEJO INTEGRAL

López Jover, José Carmelo[1]; Hernández Jiménez, Lorena[2]; Rio Mosso, Maria[3].

[1]Consultorio del Mirador. C.S San Javier, San Javier- Murcia; [2]C.S. San Javier, San Javier- Murcia; [3]C. S. Los Alcázares, Los Alcázares- Murcia.

OBJETIVO

El fin de éste caso clínico es dar a conocer los cambios positivos de unas lesiones con el empleo de un abordaje holístico.

MÉTODO

Se hace una descripción de cómo se ha manejado las múltiples lesiones de una paciente encamada, y su cambio positivo cuando se hace un manejo integral de esa paciente.

La paciente añosa, aunque no dependiente, tuvo un episodio de ictus que la dejó postrada, (Braden 8). Durante 26 meses, cerca de 230 curas y un gran arsenal de productos, no evoluciona satisfactoriamente, pues el manejo se limita a las lesiones exclusivamente; a partir de entonces se modifica el abordaje instaurándose el uso de SEM, valoración nutricional (hipoalbuminemia), educación a cuidadores, uso de Terapia de Presión Negativa Tópica,… consiguiéndose un Braden de 12: curación de casi la totalidad de las lesiones, disminución de laceraciones (skin tears), así como de dermatitis por humedad.

RESULTADOS

Se evidencia, gracias a las fotografías de las diferentes etapas de las heridas, e incluso la curación de varias de las lesiones. Bien es verdad que aún existen lagunas que se pueden mejorar, y aquí también se especifican.

CONCLUSIONES

Los pacientes con lesiones relacionadas con la dependencia deben ser evaluados y manejados holísticamente, desde el principio implantando medidas de prevención tempranas.

Observaciones: Todas las fotografías tomadas, y los datos de la historia clínica se han recopilado con el consentimiento del tutor. También ha sido informado de su uso exclusivamente con fines didácticos, sin mediar recompensa económica.

P-074

HERIDA EN PACIENTE CRÓNICO EN SITUACIÓN DE COMPLEJIDAD

Navarro Pérez, Marta; Perucho López, M Carmen; Diez Baranda, Fátima; Manzanedo Basilio, Lucia; Lago González, María; Gómez Gómez, Esther.

Hospital Universitario De Getafe, Getafe.

OBJETIVOS

- Gestionar cuidados para promover la cicatrización de herida compleja colonizada por microorganismos multirresistentes, en paciente con aislamiento de contacto y vida cama-sillón.
- Facilitar cicatrización de herida con suplementación nutricional con inmunomoduladores.

MÉTODO

Varón de 76 años con antecedentes cardiovasculares, dependiente para las actividades de la vida diaria. Portador de sonda vesical, que presenta úlcera por presión de origen extrahospitalario categoría IV en sacro-glúteo, con esfacelos en el lecho de la herida, exudado abundante y piel perilesional macerada con bordes difusos. El plan de cuidados: curas diarias. Tras diversos tratamientos con desbridamientos osmóticos, enzimáticos y cortantes conservadores fallidos, se procede a colocación de terapia de presión negativa.

Recibió suplementación en la dieta con fórmula completa polimérica hiperproteica e hipercalórica, posteriormente se añadió glutamina.

RESULTADOS

Los diversos desbridamientos, la terapia de presión negativa junto con las medidas posturales y la suplementación nutricional; redujeron la herida pasando de un Push de 16 a 12. Se decidió intervención quirúrgica cerrando la UPP después de un proceso de hospitalización de 12 meses. Como consecuencia se produjo un cambio importante en la situación emocional del paciente y la familia. Al alta se derivó a centro de continuidad de cuidados.

CONCLUSIÓN

La terapia avanzada, las medidas posturales y la suplementación nutricional con inmunomoduladores; facilitó que el cierre se realizara de manera progresiva por lo que debemos considerar que el manejo por el equipo multidisciplinar es imprescindible para obtener resultados eficaces y eficientes en la resolución de la situación de complejidad.

PD-47

ÚLCERAS POR PRESIÓN: ¿INFLUYE LA INGESTA HÍDRICA EN LA CICATRIZACIÓN?

Gómez Alonso, María Inmaculada[1]; Álvarez González, Antonio[2]; Parra Mediavilla, Paula[3]; Rodríguez Samaniego, Laura[4]; Dueña Chamorro, Cristina[5]; Nieto González, Pilar[1]; Pascual Vegas, Paula Isabel[1].

[1]Centro de Salud Medina del Campo Urbano, Medina del Campo; [2]Centro de Salud Rondilla I, Valladolid; [3]Centro de Salud Barrio España, Valladolid; [4]Centro de Salud Canterac, Valladolid; [5]Centro de Salud Circunvalación, Valladolid.

OBJETIVO

Identificar la influencia de la ingesta hídrica en el proceso de cicatrización de las úlceras por presión (UPP).

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo mediante búsqueda bibliográfica. Se utilizaron las bases de datos PubMed, Cochrane, Cuiden, Scielo y Medline y se complementó con búsqueda en la web de GNEAUPP.

Se establecieron como criterios de inclusión resultados relacionados con el tema a tratar, con fecha de publicación en los últimos 10 años, sin restricción de idioma.

Para la búsqueda se formuló una pregunta PICO y se utilizaron los descriptores DeCS/MeSH.

RESULTADOS

Se obtuvieron 136 resultados, de los cuales se seleccionaron 6 por ajustarse a los criterios de búsqueda.

La ingesta hídrica desempeña un papel importante en la protección y restauración de la integridad cutánea. Interviene además, en el mantenimiento del estado inmune, en la estimulación de la perfusión y oxigenación tisular y como vehículo de nutrientes y productos de desecho.

Se ha evidenciado una necesidad de ingesta de líquidos en el paciente con UPP de 1ml/kg/día o 30-40ml/kg/día, debiendo ajustarse en función de la comorbilidad y de las pérdidas que presente: exudado y diaforesis, entre otras.

CONCLUSIONES

La ingesta hídrica es una herramienta útil para el metabolismo celular y la cicatrización de las heridas, siendo más relevante entre las personas que presentan UPP. Los ancianos, al tener disminuido el mecanismo de la sed, precisan un mayor control.

Sin embargo, la ingesta de líquidos a menudo es un aspecto que no se tiene en cuenta en el manejo integral de las UPP.

PD-48

MANEJO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN POR PARTE DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INMOVILIZADOS

González Álvarez, María Sonsoles[1]; Martín De La Calle, Soraya[1]; Calle Frías, Ana Belén[2]; Arranz López, Daniela[3]; Concejo Vallejo, Mª Carmen[1].

[1]Gerencia Atención Primaria Valladolid Este, Íscar; [2]Gerencia Asistencia Sanitaria De Segovia -Atención Primaria, Segovia; [3]Gerencia Atención Especializada Valladolid Este/Oeste, Valladolid/Medina Del Campo.

Úlceras por presión

OBJETIVOS

- Valorar el riesgo de aparición de úlceras por presión y reevaluar periódicamente.
- Establecer un plan de cuidados individualizado incluyendo cambios posturales y medidas para el manejo de la presión de forma eficaz.
- Abordar de forma correcta las lesiones relacionadas con la dependencia en caso de aparición (úlceras por presión, fricción, humedad…).

MÉTODO

La metodología se basa en una revisión bibliográfica en distintas bases de datos electrónicas en busca de evidencia y casos similares en Pubmed, Cinahl, Cochrane. Se utiliza también el banco de evidencias de la GNEAUPP, AEEV y los referenciales que facilitan. Se utilizan como términos DeCS: deterioro integridad cutánea, úlceras, intervenciones de enfermería y cambios posturales. Se excluyen artículos de más de cinco años y los idiomas aceptados son castellano e inglés.

RESULTADOS

El mal abordaje de las lesiones relacionadas con la dependencia en sujetos inmovilizados, genera un deterioro integral de la persona que conlleva a una situación irreversible. En muchas ocasiones, se convierten en pacientes terminales, generando complicaciones, en la mayor parte de casos, evitables, si el control de estos pacientes hubiese sido el adecuado.

Las intervenciones de enfermería en ellos deben estar basadas en la evidencia, aplicando las medidas correctas de presión y el adecuado seguimiento de sus lesiones.

CONCLUSIONES

Las nuevas guías del manejo de lesiones relacionadas con la dependencia, son un instrumento clave que la enfermería debe tener en cuenta a la hora de aplicar sus técnicas en la práctica diaria.

PD-49

¿PUEDE EL MIEDO PRODUCIR ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES PORTADORES DE COLLARÍN CERVICAL?

García Cutrín, Ana María; Salvado Cao, Laura; Piedra Viqueira, Marta; Cobas Calvo, Lucía; Ageitos Rodríguez, Avelina.

Hospital Universitario De Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

OBJETIVOS

Identificar las principales recomendaciones, cuya finalidad sea la prevención de úlceras por presión asociadas al uso de collarín cervical rígido, en una planta de hospitalización de Traumatología, en un hospital de tercer nivel.

MÉTODO

Se han analizado artículos extraídos de las bases de datos de Pubmed, Cochrane, Uptodate y Google Académico. Para la búsqueda se han empleado como criterios de inclusión: textos gratuitos, con idioma castellano, inglés y portugués. Como criterios de exclusión: aquellos artículos publicados previamente al año 2000. Se han empleado como palabras clave: “collar cervical”, “inmobilization cervical”, “complications cervical trauma”.

RESULTADOS

Los collarines cervicales son indispensables en el manejo de la lesión cervical aguda. Una de las complicaciones de estos dispositivos es el desarrollo de úlceras por presión. Las lesiones en occipital suelen ser las graves, las que más tardíamente se detectan y que en pocos días e incluso horas pueden evolucionar hacia una úlcera por presión de plano profundo categoría III/IV.

El miedo del personal de enfermería a generar mayores lesiones en el paciente con trauma cervical, supone un riesgo de padecer UPP. La formación del personal de enfermería es fundamental para garantizar una correcta movilización y revisión de la piel en pacientes portadores de collarín cervical tipo Philadelphia, y con ello disminuir la incidencia de úlceras asociadas a este tipo de dispositivo.

CONCLUSIONES

Se debe protocolizar guías basadas en la evidencia científica que garanticen unos cuidados de enfermería de calidad y consigan la eliminación de este tipo de lesiones.

PD-50

IMPORTANCIA DE LA CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DE LAS LESIONES CRÓNICAS PARA LA MEJORA EN SU ABORDAJE

Pérez Pérez, Lucia[1]; Fernández Vaquerizo, Sergio[2]; Bermejo Ruiz, Sandra[3]; Galende Bermejo, Gemma Isabel[1]; Pilar Gómez, Rosa Isabel[4]; Pérez Pérez, Natalia[5]; Martínez San Cipriano, Rosa María[2]; Llanes De La Fuente, Ana María Del Pilar[2]; Gozalo Arenal, Samuel[6]; Ruiz Garde, Laura[7].

[1]SUAP Arturo Eyries, Valladolid; [2]CS Plaza del Ejercito, Valladolid; [3]CS Eras del Bosque, Palencia; [4]Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid; [5]Conserjería de Sanidad, Valladolid; [6]Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid; [7]CS Parquesol, Valladolid.

OBJETIVOS

-Principal:

Clasificar adecuadamente las distintas lesiones relacionadas con la dependencia existentes según su etiología.

-Específicos:

Reducir el tiempo de curación (un 30%) de las lesiones relacionadas con la dependencia tras su correcta clasificación.

Eliminar en un 95% la formación de nuevas lesiones tras eliminar las causas de su aparición.

MÉTODO

Revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos MEDLINE, CUIDEN, CUIDATGE y BDIE, hasta encontrar diferentes clasificaciones etiológicas de úlceras por presión. Se han seleccionado fuentes bibliográficas actuales (< 5 años de su publicación) y en castellano.

RESULTADOS

Gracias a los avances científicos, cada día nos encontramos inmersos en una sociedad con mayor esperanza de vida, más envejecida, con más limitaciones de la capacidad funcional y mayor situación de dependencia.

A día de hoy, sigue siendo común encontrar profesionales sanitarios que engloban la mayoría de las lesiones de la piel y/o tejido subcutáneo bajo el término de úlceras por presión. Tal y como expone el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, las úlceras por presión son solo una de las siete subcategorías de lesiones englobadas bajo el término de lesiones relacionadas con la dependencia, lesiones que tienen en común que se producen en persona con cierto grado de dependencia.

CONCLUSIONES

Es imprescindible que todo enfermero sepa clasificar adecuadamente las lesiones según su etiología, para lograr una recuperación de la integridad tisular más rápida y evitar la formación de nuevas lesiones.

PD-51

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN CATEGORÍA I MEDIANTE FORMACIÓN. LA MEJOR CURA, UNA PREVENCIÓN EFICAZ

Borruell Mateus, Cristina; De Freitas Vieira, Daniela Clara; Delgado Barroso, Lorena; Louzao Prieto, Sonia; García Villena, María Dolores.

Hospital San Rafael (HHSCJ), Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La lesión por presión (LPP) es una de las complicaciones asociada a la inmovilidad en personas de edad avanzada. La incidencia en pacientes hospitalizados oscila entre un 3-11% (70% primeras dos semanas del ingreso).

Hemos detectado ausencia y/o disminución de los registros de las LPP de categoría I. Este hecho implica un incremento del riesgo de evolución a LPP categoría II. El desconocimiento de la incidencia real de este tipo de lesiones obstaculiza la elaboración de estrategias de prevención por parte de la Comisión de Heridas.

OBJETIVOS

- Aumentar el conocimiento del personal sanitario sobre las lesiones mediante formación;
- Mejorar el registro de las LPP categoría I;
- Optimizar las medidas de prevención.

METODOLOGÍA

Se ha elaborado una encuesta que evalúe los conocimientos sobre las LPP. Con los resultados de la encuesta se realizarán talleres de formación para optimizar la prevención de las LPP. Al finalizar la formación se realizará una nueva encuesta para validar la efectividad de la misma. Antes y después de realizada la formación se realizarán dos cortes de prevalencia que evalúen el número y registro correcto de las LPP tipos I y II.

CONCLUSIÓN

La formación es parte de la prevención. Una correcta valoración y del estado de la piel, haciendo hincapié en la identificación de la lesión de grado I ayudará a establecer los cuidados preventivos que eviten la pérdida de integridad cutánea. El reto a conseguir es aprender a "escuchar " lo que la piel nos comunica.

PD-52

EFECTIVIDAD DE LA CURA HÚMEDA CON APÓSITO DE PLATA EN LA CICATRIZACIÓN DE UNA ÚLCERA POR PRESIÓN GRADO IV EN TROCÁNTER IZQUIERDO

Rodríguez Samaniego, Laura[1]; Álvarez González, Antonio[2]; Dueña Chamarro, Cristina[3]; Sanz Carballo, Andrea[1]; Parra Mediavilla, Paula[4]; Gómez Alonso, Inmaculada[5]; De Cabanyes Aragón, Amalia[6]; Lozano Noriega, Diego[1]; López Trigos, Leire[1]; De Pedro García, César[1].

[1]Centro de Salud Canterac, Valladolid; [2]Centro de Salud Rondilla I, Valladolid; [3]Centro de Salud Circunvalación, Valladolid; [4]Centro de Salud Barrio España, Valladolid; [5]Centro de Salud Medina Urbano, Valladolid; [6]Centro de Salud Magdalena, Valladolid.

OBJETIVOS

- Cuantificar el tiempo de cicatrización de la úlcera en ambiente húmedo.
- Determinar si la combinación de plata con desbridamiento cortante favorece el crecimiento de tejido de granulación.

MÉTODO

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Scielo, ClinicalKey, PubMed, Cochrane Library, seleccionando artículos de los últimos 6 años en inglés o español.

MeSH: Pressure ulcer, granulation tissue, silver dressings, debridement, wettability.

RESULTADOS

La mayoría de guías aconsejan "cura en ambiente húmedo" al proporcionar una fase inflamatoria menos intensa, una proliferación más rápida de fibroblastos y queratinocitos y una angiogénesis más temprana.

El apósito ideal debe ofrecer;

- Protección mecánica/ antibacteriana.
- Ambiente húmedo (favorece migración tisular).
- Absorber exudado excesivo.
- Disminuir el olor.
- Aportar comodidad.

En nuestro caso utilizamos hidrofibra de plata en el lecho, provisto de abundante exudado, retirando previamente tejido necrótico y realizando una adecuada protección de los bordes; como apósito secundario, utilizamos una espuma de poliuretano.

Pese a complicaciones en su evolución como micosis cutánea, la paciente mostró mejoría progresiva consiguiendo disminuir de tamaño hasta prácticamente su resolución en 16 meses.

CONCLUSIONES

La cura húmeda demuestra ser más efectiva que la tradicional, aportando mayor bienestar al paciente, disminuyendo el número de curas y el tiempo necesario de cicatrización de la lesión.

La elección del apósito adecuado depende de las características de la herida, pudiendo variar a lo largo de su evolución.

Hay evidencia dudosa de que la plata acorte el tiempo de cicatrización, pero su acción bactericida junto al desbridamiento promueve el crecimiento de tejido de granulación.

PD-53

EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DIAGNÓSTICA DE LAS LESIONES CUTÁNEAS RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA EN ENFERMERAS DE ATENCIÓN INTERMEDIA

Sureda Vidal, Helena[1]; Masó Albareda, Clara[1]; Casals Zorita, Marta[1]; Bonjoch Jacques, Eva[1]; Cantizano Baldo, Imma[1]; Ferrer Solà, Marta[1]; Otero Viñas, Marta[2].

[1]Hospital de la Santa Creu de Vic, Vic; [2]Universitat de Vic- Universitat Central de Catalunya, Vic.

INTRODUCCIÓN

El 8,7% de los pacientes adultos ingresados en hospitales públicos españoles ha sufrido una lesión cutánea relacionada con la dependencia (LCRD), siendo las lesiones por presión (LPP) las mayoritarias. Los pacientes con algún grado de dependencia son vulnerables de sufrir LCRD, siendo el perfil mayoritario de los centros de atención intermedia y residencias de mayores. La prevención de la LCRD requiere que se realice un correcto diagnóstico para actuar preventivamente sobre el factor etiológico. Es fundamental que las enfermeras estén entrenadas en el nuevo marco teórico de las LCRD, que hasta ahora agrupábamos en una misma clasificación.

OBJETIVO

Determinar el nivel de conocimientos de las enfermeras de un centro de atención intermedia sobre la clasificación y categorización de las LCRD.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo llevado a cabo en la Fundación Hospital Santa Creu de Vic. Participaron en el estudio 34 enfermeras a las que se les proporcionó un cuestionario que integraba, entre otras, una actividad para diagnosticar y categorizar 6 fotografías con LCRD.

RESULTADOS

Se destaca el mayoritario diagnóstico correcto de las LPP grado III y IV. Más del 50% de las participantes no reconocieron la lesión por fricción, y confundieron en varios casos una lesión cutánea asociada a la humedad de categoría 1A con una LPP grado I.

CONCLUSIÓN

Los resultados evidencian que, aunque el personal de enfermería clasifica y categoriza correctamente las LPP, aún hay desconocimiento en el resto de LCRD, afectando directamente a su prevención.

Úlceras vasculares

P-075

CASO CLÍNICO. LESIÓN POR ISQUEMIA ARTERIAL CRÓNICA GRADO IV

Gómez Coiduras, José Miguel; Malavé Álamo, José Luis; Carretero Fernández, Lucía.

Hospital HLA El Ángel, Málaga.

Mujer de 86 años, antecedentes de isquemia arterial crónica grado IV, HTA y cuadro anémico de origen digestivo, presenta lesión supramaleolar externa en MII con esfacelos y exudado abundante. Evolución tórpida de 7 meses.

Lesión en 2º dedo de pie izquierdo infraungueal, ausencia de pulsos palpables e importante dolor (EVA 8-9). ITB 0,6.

OBJETIVOS

Valorar por CCV para posible revascularización.

Conseguir cicatrización de la lesión, tras revascularización, con procedimientos y herramientas basadas en la evidencia.

Educación para AVD, manteniendo medidas adecuadas para evitar o retrasar nuevas lesiones.

MÉTODO

Tras revascularización, importante reducción de tamaño, signos de infección subclínica y bordes indurados. Pequeña lesión satélite en borde lateral interno. Tratamiento con gel de PHMB, apósito de fibras hidrotersivas Ag y curas c/48h. Evolución óptima.

Durante ingreso hospitalario, amputación de 2º dedo por isquemia aguda.

Ante buena evolución, se aplica colagenasa + ácido hialurónico y apósito interfase Ag.

Se observa epitelio neoformado frágil, correlacionado con senescencia de fibroblastos y disminución de síntesis de colágeno. Se comienza corticoide tópico y apósito de alginato cálcico y colágeno modulador de proteasas en matriz con buena respuesta.

Durante todo el tratamiento se utilizó apósito secundario de espuma de poliuretano con tecnología Safetac.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras revascularización, se consigue control y cicatrización de la lesión en 6 meses, utilizando técnicas y herramientas basadas en evidencias científicas y clínicas.

Ante la presencia de lesiones en pacientes con isquemia arterial crónica es imprescindible revascularización, siempre que ello sea posible, antes de utilizar CAH.

P-076

VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA ¿POR QUÉ?

García Granja, Nerea[1]; Aparicio Posada, Ester[1]; García Alonso, Marta Marina[1]; Méndez De Haro, Lucia[1]; Barrero Morcillo, Gloria[1]; Hernández Crespo, Lidia[1]; Dueña Chamarro, Cristina[1]; Pérez Fernández, Carlos[2]; Hernández Fernández, Sergio[3]; Sanz Carballo, Andrea[4].

[1]C.S. Circunvalación, Valladolid; [2]Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero; [3]GAP Valladolid Este, Valladolid; [4]C.S. Canterac, Valladolid.

OBJETIVOS

Determinar el posible origen de las lesiones cutáneas de una paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana de reciente diagnóstico.

MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Fisterra y Google académico utilizando como palabras clave: Vasculitis, VIH, Inmunosupresión. Se han consultado revisiones ya publicadas que abordan múltiples aspectos relacionados con el tema.

RESULTADOS

Paciente con nuevo diagnóstico de VIH, que desarrolla lesiones cutáneas compatibles con eritema multiforme, pero con mala evolución y formación de escaras necróticas. Se realiza biopsia por parte de dermatología. Refiere importante dolor tipo urente en pies, con mal control del dolor con analgesia habitual.

CONCLUSIONES

La vasculitis se define como la inflamación o necrosis de los vasos sanguíneos que puede destruir la pared del vaso y ocasionar hemorragia y/o isquemia.

La vasculitis leucocitoclástica, afecta a los vasos de pequeño calibre. Recibe este nombre desde el punto de vista anatomopatológico, debido a la presencia del fenómeno de leucocitoclasia (fragmentación de los núcleos de los neutrófilos o “polvillo nuclear”) en la pared de los vasos y alrededor de los mismos.

Pueden ser primarias o secundarias y el síntoma más característico de ellas es la púrpura palpable localizada

fundamentalmente en los miembros inferiores.

Las infecciones son la causa del 20% de los casos de este tipo de vasculitis. En su patogenia probablemente intervienen una combinación de varios mecanismos fisiopatológicos: la formación de inmuno-complejos, el daño endotelial directo, la activación directa del sistema del complemento o la formación de autoanticuerpos.

P-077

ABORDAJE DE ÚLCERA VENOSA CON PRESENCIA DE BIOFILM

Megino Escobar, Sofia[1]; Zafra Sánchez, María Vega[1]; Carbonell Canals, Mercè[1]; Parra Just, Albert[2]; Baltà Domínguez, Laura[3]; Ballester Zanuy, M. Isabel[4].

[1]EAP La Sagrera, Barcelona; [2]Estudiant Infermeria, Barcelona; [3]EAP Besos, Barcelona; [4]EAP Ramón Turró, Barcelona.

Paciente mujer de 89 años con insuficiencia venosa CEAP 6, insuficiencia renal crónica e insuficiencia cardiaca.

En mayo de 2018 debuta con lesión de 3x3 cm región tibial posterior de EID, iniciándose dermatitis de estasis y edemas por descompensación de su Insuficiencia Cardiaca de base.

Abordaje local de la lesión: control exudado alginato calcico con Ag, presenta una tórpida evolución con aumento del tamaño de la lesión, se inicia antibiótico oral y requiere ingreso hospitalario.

En noviembre de 2018 presenta lesión que se extienden a toda la zona posterior de la extremidad derecha, de dimensión aproximada 18 x4 cm, con biofilm maduro y colonización por Pseudomonas Aeruginosa resistente.

Se inicia abordaje multidisciplinar en coordinación con enfermera de vascular, enfermera referente y enfermera Gestora de Casos.

Iniciamos pauta cada 48 horas con fomentos de solución de súper oxidación y aplicación de Cadexomero Yodado combinado con desbridamiento cortante parcial, y terapia compresiva de baja elasticidad. A los 30 días ausencia de biofilm bacteriano, presentando importante disminución de la dimensión y una optima gestión del exudado, que conlleva una mejor calidad de vida de la paciente.

Se modifica plan de tratamiento local pauta cada 72 horas con espuma hidrofibra de hidrocoloide Ag+ y terapia compresiva.

Al obtener el 100% tejido de granulación se aplica malla de hidrocoloide hasta la epitelización total de la lesión.

P-078

¿CÓMO COMBATIR EL BIOFILM BACTERIANO? LA SOLUCIÓN ESTA EN EL DESBRIDAMIENTO

Baltà Domínguez, Laura[1]; Montero Rubio, José Miguel[1]; Esteban García, María Teresa[1]; Megino Escobar, Sofia[2]; Ballester Zanuy, M. Isabel[3].

[1]EAP Besós, Barcelona; [2]EAP La Sagrera, Barcelona; [3]EAP Ramón Turró, Barcelona.

Paciente de 83a de edad, con antecedentes patológicos: Hipertensión, DM2, Hipercolesterolemia, Osteoporosis, Insuficiencia cardiaca.

Presenta múltiples lesiones en ambas EEII, secundarias a edema por descompensación de patología de base, Insuficiencia cardiaca.

Localización lesiones: 1/3 distal zona lateral interna extremidad inferior izquierda (EII) y 1/3 distal zona lateral externa extremidad inferior derecha (EID).

El 27/6/19 se realiza interconsulta con experta consulta de heridas.

Exploración: se observa ligero edema (signo de fóvea positiva), palidez cutánea, ausencia de vello, y palpación de pulsos presentes.

Descripción lecho ulceral:

EII: úlcera 100% tejido de granulación de dimensiones 8cmx3cm y 4 lesiones satélites con presencia de biofilm bacteriano, cuyas dimensiones son 3cmx2cm – 2 cmx1cm- 1 cmx3 cm-1cmx1cm.

EID: presenta 3 lesiones con presencia de biofilm bacteriano de dimensiones: 3 cmx2 cm-1cmx1cm-1cmx2cm.

Los objetivos planteados para el abordaje local del tratamiento de las lesiones fueron:

Por las características del tejido iniciamos desbridamiento cortante parcial, para la retirada del biofilm bacteriano.

La aplicación de Cadexomero Yodado permitió controlar la carga bacteriana, previa protección piel perilesional, combinado con apósito hidropolimérico de espuma con estructura de hidrogel en forma de red y terapia compresiva de baja elasticidad (ITB 0,87 en EII y 0,88 en EID).

Erradicado el biofilm bacteriano, se aplicó apósito hidropolimérico de espuma con una estructura de hidrogel, hasta obtener el 100% de tejido epitelizado.

Úlceras vasculares

El 30/09/2019, se obtiene la epitelización total de todas las lesiones, incidimos en el control de los signos de alarma de su patología y explicamos recomendaciones a seguir para mantener ambas extremidades integras.

P-079

VASCULOPATÍA LIVEDOIDE EN PACIENTE CON SÍNDROME DE MARFAN

Vázquez García, Nuria; Rodríguez Martínez, María Luz; Valerdiz Casasola, Susana.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

INTRODUCCIÓN

La vasculopatía livedoide (VL) es una enfermedad crónica y dolorosa localizada en miembros inferiores, caracterizada por la presencia de máculas o placas purpúricas con tendencia a formar úlceras irregulares y cicatrices atróficas de morfología estrellada e hiperpigmentación periférica.

El Síndrome de Marfan es un trastorno que afecta al tejido conectivo.

OBJETIVO

Mostrar la secuencia de actuación y tratamiento seguidas en un paciente con VL.

MÉTODO

Presentamos el caso de un varón de 26 años con síndrome de Marfan parcial y lesiones en miembros inferiores de 18 meses de evolución. Remitido a nuestra Unidad por Reumatología, y tras valoración por diversos servicios: Cirugía Vascular realiza Eco-Doppler sin hallazgos patológicos, Dermatología realiza biopsia resultando compatible con VL, Hematología descarta trombofilia asociada al proceso.

El paciente exhibe lesiones múltiples en ambas piernas en diferentes momentos evolutivos: placas de coloración violácea, costras con aspecto necrótico, lechos con biofilm adherido... También refiere dolor intenso que le impide la bipedestación. Recogemos cultivo de exudado e iniciamos curas con Ácido Fusidico.

A los 10 días leve mejoría de las lesiones, pero persiste dolor intenso. Con cultivos microbiológicos negativos, iniciamos curas con Heparina sódica tópica en gel, realizando cobertura con apósito de espuma absorbente con Ibuprofeno. En revisiones sucesivas el dolor va disminuyendo y las lesiones progresan hacia la epitelización.

RESULTADO

Epitelización completa de lesiones a las 7 semanas de la primera valoración.

CONCLUSIÓN

Un abordaje completo, un diagnóstico certero y una adecuada elección del tratamiento local consiguieron cicatrizar rápida y efectivamente lesiones de larga evolución.

P-080

PACIENTE REBELDE CON ÚLCERAS VASCULARES BILATERALES

Martín Vaquerizo, Margarita[1]; Parra Mediavilla, Paula[2]; Machí Portalés, María Milagro[1]; Álvarez Pascual, Luis Alberto[1]; Grande Velasco, Julita Del Carmen[1]; Mediavilla Sesmero, María Victoria[3]; Gutiérrez Pastrana, María Rosario[3]; Esteban González, Yolanda[3]; Hernández Ortega, Elena[4]; Herrero Callejo, Sara[2].

[1]C.S Pilarica, Valladolid; [2]C.S Barrio España, Valladolid; [3]C.S Tortola, Valladolid; [4]Gerencia Atención Primaria Valladolid Este, Valladolid.

Varón de 59 años sin antecedentes médicos, presenta úlcera vascular en pierna izquierda de varios meses de evolución, se está autotratando sin seguimiento de un profesional sanitario.

Acude al médico de atención primaria, es derivado a la consulta de enfermería, tras la valoración se comienza a trabajar con la herida y los hábitos, el paciente no acepta los tratamientos.

OBJETIVOS

Curación de las lesiones.

Elección del tratamiento adecuado y aceptación por parte del paciente.

Modificación de estilos de vida.

METODOLOGÍA

Valoración física general y hábitos.

Valoración de la lesión: tipo de tejido, exudado, signos de infección, bordes de la herida, piel perilesional e índice tobillo-brazo (ITB). Se recoge muestra para cultivo.

RESULTADOS

Presenta patología cardiovascular, hipotiroidismo, obesidad, prediabetes.

Úlcera venosa, leve compromiso arterial e infección de la lesión.

A la semana aparece lesión en pierna derecha.

TRATAMIENTO

Pierna izquierda: apósito de poliacrilato Plata (Ag) y espuma no adhesiva. Vendaje compresivo bicapa lite.

Pierna derecha: espuma Ag no adhesiva. Vendaje cohesivo desde la raíz de los dedos hasta la rodilla.

Curas dos veces por semana.

A las dos semanas úlcera pierna derecha cerrada.

Muy buena tolerancia al vendaje compresivo, a las 3 semanas resuelta prácticamente toda la lesión de pierna izquierda se pasa a medias de compresión.

CONCLUSIONES

A pesar de la falta de confianza que presentaba el paciente en primera instancia, al observar la buena evolución de las lesiones fue aceptando el tratamiento e incluso tuvo buena tolerancia al vendaje compresivo, se consiguieron cambios en los hábitos de vida.

P-081

EL CAMINO TÓRPIDO EN LA CICATRIZACIÓN. LA IMPORTANCIA DE LA COMPRESIÓN EN LESIONES VENOSAS

Izquierdo Ortega, Henar[1]; Sánchez Pérez, Luis[1]; Magdalena Saiz, Sara[2]; García Fernández, Beatriz[3]; Méndez Pedraza, Marta[3]; Morenza Corbacho, Marta[3]; Pérez Becares, María Victoria[3].

[1]Centro de Salud La Algodonera, Talavera de la Reina; [2]Centro de Salud La Estación, Talavera de la Reina; [3]Centro de Salud La Solana- Rio Tajo, Talavera de la Reina.

OBJETIVO

Justificar la importancia de la compresión terapéutica efectiva mantenida en el tiempo con seguimiento profesional.

METODOLOGÍA

Caso clínico.

Varón de 57 años, jubilado hostelero. Actividad sedentaria.

Presenta úlceras en miembros inferiores de repetición y 20 años de evolución. Derivado a esta consulta de enfermería por úlcera en MID: maléolo interno y MII: zona dorsal pie, de 2 años y 6 meses de evolución. Anteriormente con tratamiento de venda crepe y apósitos foam con evolución desfavorable.

Signos etiológicos diferenciales: pulsos presentes, edema, prurito y dermatitis ocre.

DIAGNÓSTICO

Deterioro de la integridad tisular relacionado con insuficiencia venosa manifestado por úlceras venosas.

NOC

Cuidado de las heridas.

Control del riesgo de infección.

NIC.

Vigilancia de signos de infección.

Limpieza del lecho de la herida.

Fomento actividad física.

RESULTADOS

En agosto 2018 se realiza valoración DOMINATE. Limpieza de la herida, uso del apósito hidrofibra hidrocoloide con plata, corticoide tópico perilesional e hidratación de ambas piernas.

Compresión terapéutica con vendaje baja elasticidad. Cura cada 3 días y cambio a apósito de alginato a los 15 días.

En octubre: ausencia prurito, menor edema, lesión en fase granulación hasta su epitelizacion. Se pautan medias de compresión clase 3.

Continúa acudiendo a la consulta para observación, hasta recidiva de lesión en MII en octubre 2019.

CONCLUSIONES

El cambio tras aplicar compresión fue muy favorable, además del abordaje integral de los MMII. También es importante el seguimiento de estos pacientes tras la epitelización, ya que la recidiva es posible.

Úlceras vasculares

P-082

INJERTOS EN SELLO, COMPRESIÓN TERAPÉUTICA Y TRATAMIENTO CON ÓXIDO DE ZINC PARA LA CICATRIZACIÓN DE HERIDAS RECALCITRANTES EN CONTEXTO DE INSUFICIENCIA VENOSA Y ARTERIOPATÍA ASOCIADA

Peral Vázquez, Alicia; Recarte Marín, Lorena; Pérez Jerónimo, Laura; Conde Montero, Elena.

C.E.P. Vicente Soldevilla, Madrid.

OBJETIVOS

Mostrar el beneficio del tratamiento con injertos en sello y venda de zinc en el tratamiento de heridas recalcitrantes en contexto de insuficiencia venosa y arteriopatía asociada.

MÉTODO

Paciente de 90 años que acude para tratamiento de heridas de componente mixto de 1 año de evolución. Se inició tratamiento con terapia compresiva, realización de injertos en sello y aplicación tópica de vendas de zinc directa en las heridas.

RESULTADOS

La estrategia que seguimos en la consulta como tratamiento inicial consistió en la preparación del lecho de las heridas mediante desbridamiento autolítico con pinzas y hojas de bisturí, uso de corticoide tópico y vendaje compresivo multicomponente.

Se observó una rápida mejoría con disminución del tamaño de las heridas, aumento del tejido de granulación y disminuyendo el dolor previo.

Para acelerar la cicatrización, se realizó una sesión de injertos en sello y mediante el uso de venda de zinc directa en las lesiones más terapia compresiva se consiguió epitelización completa en 2 meses.

CONCLUSIÓN

Los injertos en sello son una técnica sencilla que puede realizarse de manera ambulatoria, que no sólo promueve la cicatrización sino que también disminuye el dolor.

La aplicación de vendas de óxido de zinc en heridas disminuye la inflamación y estimula la epitelización.

P-083

NECESIDAD DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA OPTIMIZAR RECURSOS Y MEJORAR RESULTADOS EN ÚLCERAS VENOSAS CRÓNICAS

Alaez Chillaron, Ana Belén; Márquez Manzano, Francisca; Salah, Mohamed Fadel; Martín Vieira, Francisco; Perez Merino, Enrique; Moreno Manso, Iñaki.

Hospital Virgen De Altagracia, Manzanares.

Las heridas crónicas son un motivo frecuente de consultas en centro de salud y de especialidades. A menudo los pacientes acuden al especialista o al hospital después de haber pasado por varias manos y cansados y desilusionados.

Presentamos a una mujer de 78 años que presenta una úlcera de etiología venosa de 6 años de evolución que abarca la práctica totalidad del tercio inferior de pierna izquierda. Ha sido valorada por varios especialistas y se le han realizado diversas curas por parte de personal de enfermería. Incluimos a la paciente en la agenda específica de curas y basándonos en el concepto TIME, realizamos diversas actuaciones para mejorar la úlcera. Se realiza desbridamiento quirúrgico y enzimático de zona de tejido no viable, se utilizan apósitos con plata y vendajes adecuados. Se revisa y reevalúa semanalmente por los mismos especialistas tanto de enfermería como de cirugía general y se cambia el tipo de cura cuando éste no es el adecuado o la herida no progresa en 10-15 días. El resultado es el cierre completo de la úlcera en 5 meses.

El cuidado de heridas crónicas es un proceso complejo en el que intervienen varios factores, unos que dependen del paciente y otros dependientes del material de cura utilizados. Un factor que en ocasiones no se tiene en cuenta es la existencia de un equipo multidisciplinar y el seguimiento estricto del paciente por los mismos especialistas hasta solucionar su problema, siempre basados en concepto TIME y utilizando los recursos disponibles de manera eficiente.

P-084

ÚLCERA VASCULAR. CUIDADO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Blázquez Blanco, María Isabel[1]; Rodríguez García, Blanca[1]; Ruiz Blázquez, Ines[1]; Ruiz Blázquez, David[1]; García García, Maria Blanca[1]; Martin Calahorra, Marta[1]; Rodríguez López, Iria Teresa[2].

[1]Centro De Salud Cebreros, Cebreros (Ávila); [2]Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Paciente de 79 años, con antecedentes de hipertensión arterial, hiperlipemia, hiperuricemia, obesidad, pancreatitis aguda, fibrilación auricular, insuficiencia renal, anemia ferropénica e insuficiencia cardiaca congestiva que acude a la consulta presentando una úlcera vascular en MI Izquierdo infectada. Tras valoración y determinación de ITB, se decide iniciar tratamiento con apósito de plata; la paciente se niega a que utilicemos cualquier tipo de apósitos (según ella tiene alergia a todos). Tras unos días de mala evolución, realizamos cultivo (solo disponemos de analítica 1 día a la semana) ponemos antibiótico y comenzamos a hacer curas con apósito de plata + vendaje compresivo, aumento de la movilidad, alimentación adecuada y se le proporcionan pañales a la paciente (tiene pérdidas de orina importantes y mancha las curas). La herida cierra en 15 días.

PALABRAS CLAVE

Úlcera vascular, infección, vendaje compresivo, pérdida de orina.

P-085

CURA DE ÚLCERAS VENOSAS CONDICIONADAS POR COMPORTAMIENTO AUTOLÍTICO DEL PACIENTE

Salinas Marcos, Antonio Miguel[1]; Martínez Varón, Miguel Javier[2]; Alonso Medina, Irene[3].

[1]Santa Fe, Santa Fe; [2]Caniles, Caniles; [3]Hospital PTS, Granada.

OBJETIVOS

Conseguir la cura de la herida en el menor tiempo posible.

Reducir el dolor tanto como sea posible.

Mejorar la comodidad del paciente.

Intentar que el paciente se rasque lo menor posible.

MÉTODO

Varón de 76 años de edad, cardiópata en tratamiento con anticoagulante, con DMII no controlada e HTA. Obesidad mórbida y mala gestión del régimen terapéutico. Sin alergias conocidas, presenta diferentes úlceras vasculares en ambas piernas, de etiología venosa, de muy larga evolución (20 meses). Las curas han resultado infructuosas y el paciente manifiesta mucho dolor (7 EVA) y mucho prurito. Se realiza terapia curativa basada en limpieza de la herida mediante curetaje de la superficie, crema barrera y uso de apósito absorbente antimicrobiano con impregnación argéntica. Todo ello, apoyado por vendaje compresivo.

RESULTADOS

El resultado final de la terapia ha sido la cicatrización total de las diferentes lesiones, sin complicaciones y con un dolor tolerable por parte del paciente. No se han dado intolerancias ni alergias y el final del proceso se ha realizado en un tiempo óptimo.

CONCLUSIONES

la metodología usada ha sido lo suficientemente eficaz para conseguir el cierre de las lesiones, pese a que el paciente desobedecía las indicaciones de los profesionales y a que él mismo empeoraba sus heridas mediante rascados continuos.

P-086

FACTORES DE CRECIMIENTO DERIVADOS DE PLAQUETAS APLICADOS EN UNA ÚLCERA DE MARTORELL

Águila Pollo, María Del Carmen; Becerra Barrado, Nuria; Corrales Pérez, José Manuel; Martin Moreno, Almudena; Vázquez Aguilera, Margarita; Bermejo Madrid, Cristina; Omontes Guzman, John Mitchel; Ramos Sánchez, Antonio; Ribeiro Fernandes, Ana Sofia.

Fundación Instituto San José, Madrid.

INTRODUCCIÓN/OBJETIVO

Es importante la búsqueda y aplicación de nuevas técnicas y métodos de curación avanzada para lograr la cicatrización

de forma más rápida y eficaz posible. El objetivo de este trabajo es describir la evolución cicatricial de una lesión en extremidad inferior de etiología hipertensiva en tratamiento con aplicación de plasma rico en factores de crecimiento.

Metodología: caso de un paciente con herida crónica de evolución tórpida ingresado en un hospital de Madrid. Se aplicó la técnica de cura con el plasma rico en factores de crecimiento mediante técnica cerrada utilizando los kits para obtención de plasma rico en factores de crecimiento (Endoret® (PRGF®)).

Resultados preliminares: Mujer de 74 años con una úlcera en extremidad inferior de etiología hipertensiva, área de lesión de 88 cm2 y una profundidad de 0.5cm². Presencia de fribrina, biofilms e hipergranulación, abundante exudado y alteración del aspecto del tejido de granulación. Tras la aplicación de los primeros tratamientos con PRGF se observa una disminución significativa del área y profundidad de la lesión tratada. Además, se observa una mejora significativa del aspecto del lecho de la herida, disminución de la hipergranulación y exudado. La paciente sigue con el mismo tratamiento, hasta completar cicatrización. Se realizó en cada cura registro fotográfico.

CONCLUSIÓN

Nuestros resultados preliminares sugieren que el tratamiento autólogo de la úlcera de Martorell basado en la aplicación de PRGF, favorece la cicatrización y acelera el tiempo medio de curación, comparado con los tiempos de cicatrización establecidos en la literatura.

P-087

ABORDAJE Y TRATAMIENTO DE ÚLCERA VENOSA CRÓNICA CON INJERTO MALLADO

Andrés, Laura; Bru, Alejandro; Calabrés, Mª Pilar; Albert, Gonzalo; Grau, Isaura; Florit, Lidia; González, Mª Del Mar; Gómez, Rosmari; Canudas, Iraida; Torrente, José Miguel.

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 59 años que presenta úlcera de etilogía venosa en cara lateral de tobillo y tercio distal de pierna izquierda, de 13x10 cm aproximadamente, de 15 años de evolución.

Presenta tejido de granulación y buen aspecto del lecho de la herida pero presenta evolución tórpida, sin conseguir la epitelización de la lesión. Biopsia negativa. Requiere diversas tandas de tratamiento antibiótico sin respuesta completa; colonización crónica por pseudomona aureoginosa.

El 04/03/19 se le realiza injerto cutáneo mallado obtenido con dermatomo de cara anterior de muslo izquierdo (grueso>0.5 mm); a partir de entonces observamos una evolución favorable con epitelización progresiva del lecho de la herida.

RESULTADOS

En 8 meses se ha conseguido reepitelizar más del 50% de la lesión.

CONCLUSIONES

Gracias a la realización del injerto mallado junto a la realización de curas complejas con apósito de plata i terapia compresiva se ha conseguido realizar un tratamiento resolutivo para una herida de etiología venosa con evolución tórpida.

P-088

CASO CLÍNICO. LESIÓN TRAUMÁTICA EN MII

Malavé Álamo, José Luis[1]; Gómez Coiduras, José Miguel[1]; Soler Borrero, Luis[2].

[1]Hospital HLA El Ángel, Málaga; [2]Hospital Quironsalud, Málaga.

Mujer de 75 años con antecedentes de HTA, insuficiencia cardíaca e IVC. Tiroidectomizada.

Herida traumática en región supramaleolar externa de MII, celulitis perilesional y circundante (tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico durante 10 días, terminado el 7/02/19). Contactan con nosotros por empeoramiento y evolución tórpida de la herida. EVA 7. ITB 1.

OBJETIVOS

Gestionar infección, carga bacteriana y dolor.

Conseguir cicatrización mediante técnicas y herramientas basadas en CAH, gestionando posibles complicaciones.

Valorar aplicación de vendaje compresivo.

MÉTODO

Se realiza limpieza y desbridamiento cortante selectivo mediante técnica estéril y aplicación de anestésico local. Iniciamos abordaje con gel de PHMB y alginato Ag.

A la semana se observa presencia de celulitis y aumento de dolor, se recomienda consulta con su médico para reinicio de antibiótico. Tratamiento local con corticoide tópico + ácido fusídico, colagenasa + ácido hialurónico e interfase Ag y curas cada 24h.

Tras control de infección, se pautan curas con PHMB gel y apósito de fibras hidrotersivas Ag. Curas cada 48-72h en función del exudado. Disminución de dolor EVA 3.

Ante óptima evolución aplicamos apósito interfase TLC-NOSF.

Durante todo el proceso se utilizó apósito secundario de espuma de poliuretano con tecnología Safetac y vendaje compresivo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se consigue epitelización de la lesión en 4 meses.

Mediante un abordaje adecuado en lesiones traumáticas y componente venoso, utilizando herramientas con evidencia científica y clínica, se consiguen óptimos resultados, sin olvidar nunca la importancia del vendaje de compresión en el tratamiento de lesiones venosas.

P-089

CURACIÓN DE LA HERIDA: POR SEGUNDA INTENCIÓN

Tello Concha, Araceli; García Gómez, Bárbara; Alonso Del Pozo, Eva.

Centro de Salud López Saiz, Burgos.

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

Curación de la herida: por segunda intención.

MÉTODO

paciente de 85 años con antecedentes personales de HTA, Dislipemia, ASMA, bien nutrida, hidratada y sin edemas, que acude a consulta con úlcera en pierna derecha de varios días de evolución. Presenta úlcera en fase necrótica primaria compatible con estadio III, con escara negruzca de 7 cm de ancho x 5 cm de largo, exudativa, afectando a dermis, epidermis, hipodermis y tejido subcutáneo.

Se valora la piel perilesional con Escala Medalla: compatible con Grado II.

Se recoge muestra para cultivo resultando positivo a Stenotrophomonas Maltophilia e iniciando tratamiento antibiótico durante 11 días.

Se realiza limpieza con suero fisiológico y fomento de polihexabnida.

En el lecho de la herida se aplica desbridante enzimático más media de compresión (Josbt Ulcer Care),con cremallera.

Se cambia tratamiento a Cutimed Sorbact + media de compresión (Josbt Ulcer Care) ya que el tratamiento previo no resultó efectivo.

A los 3 meses el lecho de la herida está limpio y se pauta tratamiento con colágeno nativo Cutimed epiona+ Jobst Ulcer Care.

Las dos primeras curas con un intervalo de tiempo de 5 días y las siguiente de 7 días.

RESULTADOS

A los 25 días desde el inicio con Cutimed Epiona la úlcera presenta una epitelización completa.

CONCLUSIONES

En fase de epitelización y granulación el tratamiento con Cutimed epiona favorece la resolución completa de la piel espaciando los cambios de apósito y consiguiendo epitelización completa en periodos cortos de tiempo.

P-090

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA CLAVE PARA DETECTAR SITUACIONES DE MAL MANEJO TERAPÉUTICO SIN DIAGNÓSTICO MÉDICO EN PACIENTES CRONIFICADOS

San Nicolás Pareja, Minerva; Sánchez Martos, Eva Ángeles; Valle Delmas, Teresa; De Alfonso Santiago, Natalia; Ribas Obón, Eulalia; Fernández Ros, Marta.

Consorcio Corporación Sanitaria Parc Taulí, Sabadell.

INTRODUCCIÓN

Caso Clínico:

Úlceras vasculares

Señora de 50 años que presenta desde hace 23 años afectación de ambas extremidades inferiores por úlceras vasculares que ocupan todo el tejido muscular. Tiene movilidad reducida. Esta siempre en cama y se levanta sola cuando quiere, pero expresa no poder hacerlo sin ayuda.

Convive con su marido y su hijo. Se turnan para abrirnos la puerta en las visitas.

El hijo no pregunta ni se interesa por el estado de su madre.

El marido suele pasar tiempo fuera de casa. Es el cuidador principal.

La paciente se comunica a gritos con ellos.

Desde Atención Primaria no hacen un seguimiento de las curas debido a la mala relación de la paciente con todas las enfermeras a las que ha denunciado y a las que exige material de curas que la paciente escoge alegando alergias e intolerancias para no aceptar intervención profesional.

MATERIAL Y MÉTODO

Creamos un plan de curas adecuado a la patología y se inició un tratamiento endovenoso de antibiótico.

La actitud de la paciente delante de la mejora clínica nos llevó a sospechar de una alteración psiquiátrica.

RESULTADOS

Después de 23 años de enfermedad crónica y gracias a la observación directa por parte de los profesionales de HAD pudimos conocer a qué patologías nos enfrentamos realmente. Ingresamos a la paciente para ser evaluada por psiquiatría. Fue diagnosticada de sd. de moündchhausen.

CONCLUSIÓN

En domicilio se pueden detectar problemas de salud y sociales que desde una consulta externa no se detectan.

P-091

CICATRIZACIÓN DE HERIDA CRÓNICA EN MID Y COMPROMISO ARTERIAL CON APÓSITO QUE ACTÚA POR INTERACCIÓN HIDRÓFOBA

Gutiérrez García, María[1]; Muñoz Conde, Mercedes[2]; Arboledas Bellon, Josefina[3]; Díez Requena, María José[4]; González Jiménez, Francisco[5]; Valle García, María Dolores[6]; Ríos Corbacho, María José[1]; Martín Navarro, Francisco[1]; Vázquez Mena, Ana[1].

[1]Centro De Salud Algatocín, Algatocín; [2]AGS Este De Málaga-Axarquía, Málaga; [3]Distrito Jaén Nordeste, Jaén; [4]Distrito Sanitario Jaén Sur, Jaén; [5]Distrito Sanitario De Granada Metropolitano, Granada; [6]Centro De Salud Benaoján, Benaoján.

OBJETIVO

Mostrar con imágenes la cicatrización de una lesión post-traumática en MID en paciente con 81 años, HTA y FA, con ausencia de pulso pedio y poplíteo con apósitos que actúa por interacción hidrófoba. Sorbact*.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo-longitudinal de imágenes fotográficas.

Valoración integral de la paciente, ITB 0.5, derivación a cirugía vascular para tratamiento endovascular con respuesta hasta poplíteo y tratamiento de la lesión con apósitos de captación bacteriana con hidrogel (interacción hidrófoba debido a su tejido de acetato revestido de cloruro de dialquilcarbamoílo).

RESULTADOS

Gracias a las propiedades del apósito de fijación y eliminación de las bacterias, en heridas con poca vascularización, mantienen la humedad ayudando a la restauración de la integridad cutánea además de diminución del dolor.

CONCLUSIONES

Eficacia de los apósitos en lesiones en MMII estancadas con compromiso arterial en el proceso de cicatrización, permitiendo mejora del lecho de la herida y piel perilesional.

PD-54

RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE SEVOFLUORANO TÓPICO PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN LOS CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS VENOSAS

Correa Casado, Matías; Peso Boffa, Francisca; Guil López, Francisca; García Paniagua, José; Beltrán López, Rocío; Rueda Capel, Encarnación.

Agencia Pública Sanitaria Poniente, El Ejido.

OBJETIVO

Conocer las recomendaciones disponibles sobre el uso de Sevoflurano de manera tópica, para el control del dolor en el cuidado de úlceras venosas.

MÉTODO

Revisión bibliográfica en las bases de datos de ciencias de la salud: Pubmed, Scopus y EMBASE. Se usaron los términos MeSH: sevoflurane y venous ulcers, seleccionando artículos de menos de 5 años de antigüedad en inglés y español.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 13 referencias bibliográficas tras la lectura de los títulos, resúmenes y retirada de los duplicados.

CONCLUSIONES

El tratamiento con Sevoflurano es considerado como algo innovador y una alternativa terapéutica para las úlceras venosas dolorosas, por su intenso, rápido y duradero efecto analgésico, facilitando la limpieza y el desbridamiento de la úlcera, aunque se desconoce su mecanismo exacto de acción. Existen datos de una mejora en la cicatrización de las heridas por su efecto vasodilatador y por su efecto antimicrobiano en úlceras sobreinfectadas. El uso simultáneo de antibióticos convencionales y el sevoflurano tópico puede tener un efecto antimicrobiano sinérgico.

El tratamiento consiste en limpiar con una solución salina e irrigar la úlcera con 5–10 ml de sevoflurano líquido sin exceder los bordes de la piel sana, durante 2 a 10 minutos. Los datos nos muestran un equilibrio entre el beneficio y el riesgo de manera favorable, con un perfil de seguridad y eficacia adecuado. Los únicos efectos adversos descritos son picores e irritación de la piel sana si no es bien protegida. No hay datos de sensibilidad ni tolerancia a sevoflurano.

PD-55

MANEJO AMBULATORIO DE AMPUTACIÓN TRANSMETATARSIANA ABIERTA CON TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA

Martínez Martínez, María Luz; Vázquez García, Nuria; Valerdiz Casasola, Susana.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

INTRODUCCIÓN

En algunas circunstancias el cierre simple de una herida quirúrgica no resulta posible o no es lo más adecuado. En estos casos recurrimos a la cicatrización por segunda intención, que puede favorecerse usando la Terapia de Presión Negativa (TPN).

La TPN es un sistema avanzado de cicatrización, dinámico y no invasivo, que ejerciendo una presión negativa local controlada sobre la herida, acelera la cicatrización de la misma.

OBJETIVO

Mostrar la efectividad de la TPN en el cierre de una herida postquirúrgica en un paciente isquémico.

MÉTODO

Se presenta el caso de un paciente varón de 57 años con isquemia crónica de miembros inferiores y diabetes mellitus tipo II, que nos remiten para seguimiento de TPN en perdida de sustancia extensa tras amputación transmetatarsiana abierta de 2º a 5º dedos de pie izquierdo.

Durante 12 semanas realizamos seguimiento ambulatorio con diversos dispositivos de TPN aplicados, de inicio con depósito y posteriormente ultraportátil, combinándolo en ocasiones con diferentes antimicrobianos tópicos. Transcurrido este tiempo comenzamos a utilizar otras opciones de curas con apósitos tradicionales, siempre ajustándonos al estado evolutivo de la lesión, hasta conseguir la epitelización completa.

RESULTADO

Cierre completo de lesión en 33 semanas.

CONCLUSIÓN

El uso de TPN, cada vez más extendido, favorece la cicatrización y disminuye la posibilidad de complicaciones en el postoperatorio de aquellas lesiones no susceptibles de cierre primario.

PD-56

TERAPIA COMPRESIVA: UNA HERRAMIENTA DE PRIMERA LÍNEA PARA EL FLEBOLINFEDEMA SECUNDARIO

Romero Rodríguez, Mª Carmen; Horcajada Reales, Celia; Lledó Carballo, Alejandro; Crespo Moreno, Agustín; Navarro Santos, Violeta; Aceves Moreno, Laura; Nogueras Flores, Isabel; Plaza García, Esperanza; Benítez Rayego, Mª Guadalupe; Borbujo, Jesús M.

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Úlceras vasculares

INTRODUCCIÓN

Se conoce como flebolinfedema a la asociación de insuficiencia venosa crónica con insuficiencia linfática crónica. Los flebolinfedemas primarios están causados por malformaciones congénitas que afectan al sistema linfático y venoso. En los miembros inferiores el flebolinfedema secundario es mucho más frecuente y suele comenzar con una insuficiencia venosa crónica que en su evolución sobrecarga al sistema linfático produciendo el deterioro secundario de éste.

OBJETIVOS

- Revisar los hallazgos clínicos típicos en la exploración de los pacientes con flebolinfedema secundario que permitan agilizar su diagnóstico.
- Revisar las principales intervenciones que mejoran la fisiopatología y la clínica de estos pacientes.

MÉTODO

A propósito de un caso que presenta las lesiones típicas, se revisan dichos signos cutáneos y las intervenciones a realizar.

RESULTADOS

El hallazgo de una piel engrosada leñosa con pápulas sólidas sobreelevadas levemente eritematosas (linfangiectasias), acompañada o no de ulceración, debe hacer pensar en un posible flebolinfedema.

Con la aplicación de las medidas terapéuticas revisadas, entre las que la terapia compresiva es clave, veremos que las lesiones cutáneas mejoran notablemente; así como mejora la sensación de pesadez y prurito.

CONCLUSIONES

El diagnóstico precoz de las lesiones cutáneos asociados al flebolinfedema y la actuación temprana de una terapia centrada en la compresión, mejora los cambios cutáneos y previene complicaciones secundarias.

PD-57

EVOLUCIÓN DE ÚLCERA VENOSA CON CURA EN AMBIENTE HÚMEDO

Sanz Carballo, Andrea[1]; López Trigos, Leire[1]; Aparicio Posada, Ester[2]; García Granja, Nerea[2]; Delgado Martin, Verónica[3]; Burgos Panero, Belén[4]; Varela Manrique, Sara[5]; Martínez Alonso, Diego[6]; Fernández Padilla, María Teresa[7].

[1]Centro de Salud Canterac, Valladolid Este; [2]Centro de Salud Circunvalación, Valladolid Este; [3]Centro de Salud Plaza del Ejército, Valladolid Oeste; [4]Centro de Salud Casa del Barco, Valladolid Oeste; [5]Centro de Salud Medina del Campo Urbano, Medina del Campo (Valladolid)); [6]Centro de Salud Rondilla I, Valladolid Este; [7]Centro de Salud Barrio España, Valladolid.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las úlceras de extremidades inferiores, entre un 75-80% son de etiología venosa, con una prevalencia del 0,5% al 0,8% donde la mayoría de afectadas son mujeres.

El fin de la cura en ambiente húmedo es mantener el nivel correcto de humedad en el lecho favoreciendo la cicatrización.

OBJETIVOS

- Valorar la efectividad de la cura en ambiente húmedo en úlcera venosa.
- Destacar la influencia de comorbilidades crónicas en la lesión.
- Especificar la importancia en la protección del borde perilesional.

MÉTODO

Extracción de datos de la historia clínica electrónica del paciente a través del programa informático Medora, a lo que se añade la observación y registro de la evolución.

Además, revisión y lectura crítica de artículos y documentos con evidencia científica.

RESULTADOS

Mujer, 68 años con antecedentes de DM II (2010), HTA y obesidad.

Presenta úlcera venosa en extremidad inferior izquierda registrada desde mayo de 2016. En julio de 2018 se inicia seguimiento desde la consulta con cambios de tratamiento dependiendo de la evolución y las características de dicha herida y piel perilesional, hasta completar la cicatrización en noviembre de 2019, tras varias fases de agravamiento y mejoría consecutivas.

Durante el proceso se realizan mediciones de ITB y varios cultivos microbiológicos.

CONCLUSIONES

Se comprueba con la cicatrización la eficacia de cura en ambiente húmedo.

El vendaje compresivo o media de compresión es imprescindible, ya que los periodos en los que no lo utilizaba coincidían con fases de agravamiento y destacar la protección de bordes para poder finalizar la curación.

PD-58

USO DE COLISTINA TÓPICA 0,1% PARA EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS CRÓNICAS INFECTADAS POR BACTERIAS GRAM NEGATIVAS MULTIRESISTENTES

Aláez Chillarón, Ana Belén; Márquez Manzano, Francisca; Sáenz Gutiérrez, Antonio; Mojtar Salah, Fadel; Martín Vieira, Francisco José; Moreno Manso, Iñaki; Pérez Merino, Enrique.

Hospital Virgen De Altagracia, Manzanares.

Las heridas crónicas son un motivo frecuente de visitas al centro de salud además de empeorar la calidad de vida del paciente que las presenta. Muchas de ellas se encuentran infectadas por bacterias gram negativas con elevada capacidad para desarrollar resistencias a múltiples antibióticos. Pseudomona aeruginosa es uno de los patógenos más frecuentemente encontrados en las úlceras crónicas. Por todo ello, en ocasiones ha tenido que recurrirse a antibióticos antiguos ya prácticamente olvidados. La colistina (polixina E) es uno de ellos, aunque la falta de un preparado comercial obliga a la realización de fórmulas magistrales.

Presentamos el caso de una mujer de 79 años de edad que presenta úlceras de largo tiempo de evolución con múltiples visitas a especialistas y centros de salud. En nuestro servicio se toman cultivos en diversas ocasiones presentando infección recurrente por P. aeruginosa multiresistente . Tras estudio de bibliografía se realiza una fórmula magistral de colistina tópica o,1% y tras la utilización de la misma se observa importante mejoría de las úlceras, desaparición del exudado, disminución del tamaño de las mismas y aparición de tejido de epitelización. Todo esto con cultivos negativos.

No hay grandes estudios clínicos sobre el uso de colistina tópica al 0,1% en úlceras sobreinfectadas con bacilos gram negativos. Sin embargo, sí existen varias publicaciones de casos clínicos con buena evolución al usar este preparado. Pensamos que es una alternativa terapéutica a tener en cuenta en casos de sobreinfecciones de heridas producidas por bacterias gram negativas multiresistentes.

PD-59

UN CASO CON MUCHO CALCIO

Reola Ramírez, Enara; Sampietro De Luis, José Manuel; Puertas Peña, Javier; Sanz Aranda, Ester; Perales Enguita, Alba; Rodríguez Márquez, Guillermo; Monclús Fuertes, Enrique; Agulló Domingo, Alberto.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

La calcifilaxis es un trastorno raro y grave que se presenta con isquemia y necrosis de la piel y se caracteriza histológicamente por calcificación de arteriolas y capilares en la dermis y el tejido adiposo subcutáneo. Este fenómeno ocurre con mayor frecuencia en pacientes con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) y que están en diálisis, pero también puede ocurrir en receptores de trasplante renal y en pacientes no ESRD.

MÉTODO

Se presenta el caso de un varón de 36 años con antecedente de Síndrome Denys-Drash por el que requirió una nefrectomía bilateral y posterior trasplante renal y hemodiálisis. Secundariamente desarrolló lesiones por calcifilaxis, la más grave de las cuales se trataba de una úlcera en el talón derecho de 15x8 cm con exposición ósea. En un primer momento se reconstruyó mediante colgajo muscular de gracillis pero ante la recidiva de la úlcera se llevó a cabo la cobertura con una matriz dérmica Integra e injerto de piel parcial.

RESULTADOS

Tras un año de la cirugía con matriz dérmica e injerto se mantiene la cobertura estable de la úlcera.

CONCLUSIONES

Las matrices dérmicas artificiales pueden ser una alternativa efectiva en la cobertura de defectos de partes blandas especialmente en aquellos pacientes que no sean candidatos a la reconstrucción mediante colgajos locales o libres.

PD-60

CUIDANDO LA PIEL PERILESIONAL CON POLÍMEROS ACRÍLICOS

Pardo González, Carmen María; Puentes Pardo, José David; Ramírez Mañas, Carlos; Puentes Sánchez, José; Pardo González, María Belén.

Hospital Universitario Torrecardenas, Almería.

OBJETIVO

Proteger los bordes de la heridas y la piel perilesional frente al exudado, y fricción.

Úlceras vasculares

METODOLOGÍA

Es lograr una barrera cutánea frente a la humedad para la protección de la piel dañada o intacta, durante todo el tratamiento de la herida.

RESULTADOS

Evolución favorable desde el primer día de tratamiento con Cutimed Protect. Se minimizan todos los síntomas afines como enrojecimiento, picor, escozor y dolor.

Hasta 96 horas de protección frente a la humedad.

CONCLUSIONES

Efecto protector sobre la epidermis ya que forman una barrera impermeabilizante que no deja pasar la humedad ni fluidos, pero son permeables al intercambio de vapor de agua y a los gases.

Previene de la aparición de otras LPP y LESCAH.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HERIDAS

Calle Castelló, 128 – 7ª planta

Tel. 91 4250243 – Fax: 91 3023926
28006 - Madrid

secretaria@seherweb.es

www.seherweb.es

Solicito inscribirme en la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HERIDAS, para cuyo fin me es muy grato facilitarles mis datos personales:

DATOS PERSONALES

APELLIDOS:..... **NOMBRE:** ..... **N.I.F.**.....

CALLE: ..... **Nº** ..... **C.P.:** .....

LOCALIDAD:..... **PROVINCIA:**.....

TELF:..... **MÓVIL:** ..... **E-MAIL:** .....

PROFESIÓN.....

DATOS PROFESIONALES

CENTRO DE TRABAJO:.....

CARGO: ..... **SERVICIO:** .....

CALLE: ..... **Nº** ..... **C.P.:** .....

LOCALIDAD:..... **PROVINCIA:**.....

TELF:..... **MÓVIL:** ..... **E-MAIL:** .....

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y en el resto de las disposiciones legalmente establecidas en nuestro ordenamiento jurídico, le informamos de que sus datos de carácter personal, serán tratados con la debida diligencia y seguridad, y serán incorporados a un fichero titularidad de SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HERIDAS que figura inscrito en el Registro General de la Agencia Española de Protección de Datos cuya finalidad es la gestión de relaciones con los Asociados. Así mismo, ponemos en su conocimiento que los datos de carácter personal por usted proporcionados, quedan vinculados a una relación que conlleva la cesión de los mismos, a órganos, entidades y profesionales, que por motivo del mantenimiento y desarrollo de la prestación de servicios correspondiente, y para su tramitación y ejecución tuvieran o pudieran tener conocimiento de ellos, otorgándoles, de la misma forma todas las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa legalmente exigidas en función del nivel de los datos, a fin de garantizar la seguridad de los mismos. Siendo usted titular de derechos reconocidos en la normativa vigente en materia de protección de datos, podrá ejercer los mismos, dirigiéndose a la dirección del Responsable del Fichero: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HERIDAS al correo electrónico secretaria@seherweb.es

---

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HERIDAS HOJA DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

APELLIDOS:..... **NOMBRE:**.....

DATOS BANCARIOS:

ENTIDAD: ..... **OFICINA** .....

DIRECCIÓN: .....

IBAN CÓDIGO BANCARIO

Autorizo a la Sociedad Española de Heridas para el cobro de mi cuota anual de 50 € como miembro de la citada sociedad.

FIRMADO: .....**FECHA** .....

N.I.F......

Cuota anual: 50 €

Normas de publicación

Revista de la Sociedad Española de Heridas

La revista HERIDAS Y CICATRIZACIÓN es el Órgano Oficial de la Sociedad Española de Heridas (SEHER) y tiene como finalidad la publicación de temas originales relacionados con las heridas en cualquiera de sus formas y está dirigida a todos los profesionales sanitarios interesados en este tema.

La revista HERIDAS Y CICATRIZACIÓN se publica con una periodicidad trimestral con cuatro números anuales. De forma excepcional el comité de redacción puede publicar números adicionales en forma de suplemento.

Los trabajos serán enviados por correo electrónico a la dirección: *secretaria@seherweb.es*

LA REVISTA HERIDAS Y CICATRIZACIÓN PUBLICA ARTÍCULOS EN RELACIÓN A LAS SIGUIENTES SECCIONES

- **Estado actual de:** Se trata de artículos de revisión sobre temas relevantes y de actualidad en cualquier campo relacionado con las heridas.
- **Mi experiencia multidisciplinaria en:** Artículos en los que se expondrá la experiencia de trabajo en equipo en el abordaje de diferentes tipos de heridas.
- **Artículos originales:** En relación a trabajos de investigación básica o clínica relacionados con las heridas, cicatrización.
- **Caso clínico:** Artículos sobre casos clínicos de interés.
- **La imagen:** Se publicarán imágenes de interés relacionadas con procesos mórbidos de heridas.

El contenido de los artículos, la procedencia de las ilustraciones o fotografías son responsabilidad del autor. Ni la empresa que edita la revista, ni el Comité Editorial se hacen responsables del material publicado, ni tampoco apoyan o garantizan cualquier de los productos que en forma de publicidad aparezcan anunciados.

Los trabajos recibidos serán remitidos a los revisores que se asignen y tras oír su consejo se considerará el trabajo aceptado, para revisar o rechazar, informándose al autor de la decisión tomada. Cada número de la revista se editará según acuerdo del Comité de Editorial con artículos aceptados siguiendo las recomendaciones de los revisores correspondientes. El Comité Editorial puede acordar, por razones técnicas, la reducción del trabajo, así como la disminución del número de fotos y/o gráficas. En este caso se comunicará al autor para saber si acepta o declina la publicación. Los trabajos pueden llevar al final el comentario científico de uno o varios especialistas en el tema. Dicha opinión no implica vinculación por parte del comité de redacción.

La revista HERIDAS Y CICATRIZACIÓN adquiere la propiedad de todo el material que se publique en la misma por lo que no podrá ser reproducido sin el permiso expreso de la revista. El comité de redacción no garantiza la devolución de los artículos rechazados. **La revista HERIDAS Y CICATRIZACIÓN** declina la responsabilidad sobre cualquier conflicto que se genere en relación a la propiedad intelectual del trabajo.

La revista HERIDAS Y CICATRIZACIÓN se adhiere a las normas establecidas por los «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas», editadas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (antes «Grupo Vancouver»).

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores tienen la obligación de comunicarnos por escrito cualquier apoyo financiero y conflicto de intereses que tengan relacionados con el artículo publicado en **la revista HERIDAS Y CICATRIZACIÓN**.

Conflicto de intereses: estarán mencionados en el artículo publicado. (Ej: financiado por..., pago a la institución, becas, regalo de mercancías: medicamentos, equipamiento, gastos de viaje, testimonio de experto, consultoría,honorarios).

REMISIÓN DE TRABAJOS

Los trabajos remitidos en español vendrán mecanografiados en programa informático de procesador de texto Word (Windows) en página adaptada a DIN A4 (210x297) con 3 cm en sus márgenes superior, inferior, derecho e izquierdo, mecanografiado a doble espacio, con una fuente de letra ARIAL y un tamaño de fuente de 12. **Las ilustraciones** deberán ser en color y formato JPG ó TIFF.

En la remisión se adjuntará una carta en la cual se manifieste por parte del autor que el trabajo no ha sido publicado ni enviado a otra revista. En caso de enviar fotos relacionadas con pacientes, además se adjuntará una carta certificando el primer autor que ha conseguido el permiso de publicación por parte de los pacientes.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Página inicial

Constará de título completo en español y en inglés. Relación de autores con nombre y dos apellidos. Centro de trabajo de todos los firmantes. Nombre del autor y dirección electrónica con el que se mantendrá correspondencia. En caso de haber recibido ayudas o subvenciones que hayan sido utilizadas en la realización de trabajo, se indicarán al pie de página.

Resumen del trabajo

En la segunda página se enviará un resumen en español y traducido al inglés con un contenido entre 200 y 400 palabras. No se admiten abreviaturas, siglas o referencias bibliográficas. Podrá dividirse en secciones (material y métodos, resultados, etc.). Se incluirán «palabras claves» en un máximo de cuatro y según la lista del Medical Subject Headings del Index Medicus.

El trabajo

Publicado en español, debe observar las normas de ortografía y sintaxis propias del idioma. El contenido debe ser claro y conciso, en relación al tema expuesto. No se aconseja el uso de abreviaturas o siglas. En caso de uso debe, la primera vez que aparezca reflejado el término, ser escrito en su totalidad y entre paréntesis las siglas, pudiéndose utilizar posteriormente. Ejemplo: Epidermal Growth Factor (EGF), Factor de Crecimiento Epidérmico (FCE).

En el texto se distinguirá

- **INTRODUCCIÓN:** Se describirán las bases de conocimiento en relación al trabajo.
- **MATERIAL Y MÉTODO:** De forma clara y con detalle se hace referencia al material empleado (pacientes, animales de experimentación) y las técnicas realizadas. En las técnicas estadísticas se describirá el programa informático y el tratamiento aplicado.
- **RESULTADOS:** los datos cuantitativos se deberán incluir en tablas o gráficas para evitar sobrecargar el texto. Las tablas y gráficas se numerarán por orden de citación en el texto. Se llevará una numeración diferente para tablas y otra para gráficas.
- **DISCUSIÓN:** Concisa, se hace referencia a los hallazgos encontrados y compararlos con los referidos por otros autores.
- **CONCLUSIÓN:** debe ser breve y clara.
- **AGRADECIMIENTOS:** Se nombrará aquellas personas o instituciones que hayan colaborado en la realización del trabajo.

Bibliografía

Las citas bibliográficas se incluirán en el texto entre paréntesis y superíndice, numeradas en orden de aparición y con arreglo a la siguiente sistemática: Artículos de revistas: Se incluirán dos apellidos y las iniciales del nombre de todos los autores del trabajo. El título del trabajo, las iniciales de la revista y el año, volumen y número de página inicial y final. Ejemplo: García Sánchez LA, González Rodríguez, Pérez Giménez RA, Vicente Esteban J. Heridas crónicas del adulto. *Heridas*, 2010; 15: 127-135.

Libros: Salido J. Tratado de heridas. St. Louis: Quality Medical Publising, Inc., 1987: 435-449.

Capítulos de libros: López Ruiz P, García Fraile J. Tratamiento de heridas crónicas. En Pérez S. Manual de Heridas. Vol III. Editor: Richard H. Gelberman. Ed.J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1890: 1275-1299.

Artículos en formato electrónico: se citarán igual que el artículo de revista, incluyendo además la dirección electrónica de la revista.

Ilustraciones

Las fotografías remitidas en formato JPG o TIFF corresponderán con las originales y no se procesarán por ningún programa de tratamiento de imágenes que retoque o mejore la calidad de las mismas. En caso de fotografías denominadas «antes y despué » se tomarán en la misma posición y lugar y con la misma intensidad lumínica. Las microfotografías deberán tener al margen una barra de escala que nos permita saber cual es su tamaño. Los dibujos deberán ser originales y realizados en tinta en blanco y negro o en color, preferentemente en tinta china, escaneados y remitidos en formato JPG o TIFF. A continuación de la bibliografía y en una página aparte se escribirá la relación numérica y su leyenda correspondiente a las fotografías y dibujos. En caso de reproducir material gráfico debe obtenerse el permiso del autor y citar su procedencia.

Tablas y Gráficas

Cada tabla y cada gráfica debe de ser presentada en una sola página. Estas se numerarán por separado unas de otras. **Tablas:** Enmarcadas en liso y sin sombras se presentarán sin líneas interiores ni horizontales ni verticales. En el pie se pone el orden que ocupa en número romano (Tabla I) y el comentario. **Gráficas:** Deben remitirse en color evitando el blanco gris y negro, de forma que se observe claramente los distintos sectores de la gráfica. En la base de la gráfica se colocará el número de orden (Gráfica 1). Seguido del título de la gráfica y de los comentarios que precise.

ESTADO ACTUAL DE/MI EXPERIENCIA MULTIDISCIPLINARIA EN

Se deja a la libre elección de los autores el diseño de estos trabajos. Se respetará el modo de citación bibliográfica indicado para los artículos originales.

CASOS CLÍNICOS

Se realizará una breve exposición del caso clínico y las pautas de tratamiento seguidas indicando los motivos de elección de las mismas así como el resultado obtenido.

seher

Sociedad Española de Heridas

www.seherweb.es

síguenos en