

COMUNICACIONES ORALES. JORNADAS ANDALUZAS UPP-HC

Título: GUÍA DE ACTUACIÓN COMPARTIDA: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA/TISULAR COMO GARANTIA DE CUIDADOS

Autores: Enrique M Márquez Crespo .Francisca Cruz Rodríguez. César Juan Navarro Maldonado. Nuria Navajas Rodríguez de Mondelo. Carmen Cobos. Pilar González Pagedo. Marcos Pérez de Miguel

Centro : C.S. Montequinto

Texto:

Introducción

Las comisiones de cuidados de área (CCA) deben desarrollar actuaciones conjuntas para estabilizar y mejorar el proceso de alta y transferencia de información en estos grupos de riesgo, garantizando unos niveles mínimos de continuidad.

La continuidad asistencial es un continuum integrado por TRES elementos esenciales: PERSONAS, ENTORNOS E INFORMACIÓN, los cuales, se

disponen de forma jerárquica.

OBJETIVO GENERAL

Optimizar la continuidad de cuidados de los pacientes con el diagnóstico deterioro de la integridad cutánea/tisular en los dos niveles asistenciales

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Asegurar el Informe de continuidad de cuidados (ICC) al alta como instrumento de comunicación entre la atención primaria y atención hospitalaria

Crear flujos ágiles entre los niveles asistenciales que favorezcan la cooperación entre ellos.

Disminuir la variabilidad en el manejo y las derivaciones de los pacientes con deterioro de la integridad cutánea.

Evaluar la efectividad de las intervenciones y su impacto en la población diana.

Mejorar la calidad de vida de las personas que presentan deterioro de la integridad cutáneo/tisular y de sus cuidadoras

Establecer nuevas vías de comunicación interniveles a través de la creación de consultorías

Metodología

Es un instrumento que orienta sobre aquellas actividades de coordinación de la continuidad asistencial en determinados procesos y/o problemas de salud específicos, que implican circuitos, trámites y material clínico, para la mejor y pronta gestión de los requerimientos terapéuticos

Resultados

Encuesta breve de satisfacción y expectativas de la población diana N-23

CARACTERÍSTICAS

Nivel de prioridad :Alta

Diseñadores: Enfermeras clínicas con experiencia, directivos, y de

otros profesionales si procede (Ej: UAC)

Contenidos: Población diana, mecanismos de captación, circuitos y profesionales de referencia, actividades de coordinación en cada nivel asistencial e intervenciones terapéuticas necesarias.

Evaluación - Revisión por profesionales enfermeros ajenos a la GAC

Discusión - La GAC DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA/TISULAR PUEDE

SER UNA HERRAMIENTA MUY ÚTIL PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL COMO UN CONTINUUM (paciente, profesional e información), ante factores negativos como son

Complejidad de las organizaciones sanitarias

Compartimentalización de los servicios

Variabilidad de la práctica clínica

Orientación del sistema hacia los profesionales, en detrimento del usuario

Título: EL PACIENTE Y EL CUIDADOR. LA PIEZA QUE FALTABA

Autores: Girón Jorcano Gemma, Fernández Mur Ana Cristina, Cuello Arazo Teresa, Laita Zarca Carmen, González Mir Marife, Marco Navarro Maria José, Andreu Villanueva Pilar, Sánchez Martín Pilar

Centro: Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza

Texto:

La Subcomisión de Lesiones por Presión del Hospital Clínico de Zaragoza, tras la realización de una Guía de Práctica Clínica que sirve como referencia tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada de nuestro Área de Salud, se plantea la necesidad de hacer partícipe tanto en la prevención como, en los casos que se precise, en el tratamiento de las lesiones por presión a pacientes y a cuidadores que son los que realmente sufren este problema, con el fin de que sean parte activa de su cuidado y sirvan de apoyo al profesional que les atiende.

Para ello, se incluye en la Guía un Póster, que junto con talleres informativos que se realizan a los familiares de pacientes con riesgo de padecer o que padecen este tipo de lesiones, son la base del aprendizaje de nuestros clientes.

Para saber en qué situación nos encontramos, se han realizado unas encuestas sencillas que se han pasado a pacientes y cuidadores que nos han dado información sobre los conocimientos que estos tienen sobre este tema y cuáles son los puntos débiles y los puntos fuertes en los cuales los miembros de la Subcomisión de Lesiones por Presión deben incidir a la hora de trabajar la Educación Sanitaria.

Título: MI PACIENTE MI ENFERMERA: LA VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA.

Autores: Díaz Valenzuela Antonio, Ruiz Gutiérrez David, Valle Cañete M^a Jesus, Pérez Delgado Susana, Rejano Molina M^a Ángeles, Rodríguez Gutiérrez Concepción.

Centro: Hospital Alta Resolución Puente Genil. Córdoba

Introducción

El deterioro de la integridad cutánea es un diagnóstico que abarca una multitud de posibles situaciones que se dan en la clínica diaria, y no siempre requieren el mismo abordaje. En el caso de las úlceras por presión es precisamente donde se da mayor variabilidad de la práctica enfermera, tanto en la valoración, como en la prevención y tratamiento de las mismas. Por tanto, la sinergia de un problema frecuente con una alta variabilidad de la práctica clínica y la profusión de intervenciones y productos de dudoso beneficio, genera el medio idóneo para la instauración de prácticas inefectivas que, como consecuencia, no trasladan ningún beneficio a la población.

Objetivos

Conocer la variabilidad en la práctica clínica entre enfermeras del Hospital de Puente Genil.

Conocer la variabilidad entre enfermeras de Atención Primaria de Puente Genil.

Conocer la variabilidad interniveles.

Material y Método

Hemos realizado un estudio observacional descriptivo a través de un caso clínico con un cuestionario de múltiple respuesta basado en las recomendaciones de evidencia alta de la guía de práctica clínica para la prevención y el cuidado de UPP de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Discusión

El gran enemigo de las Heridas Crónicas en general y de las úlceras por presión en particular es la variabilidad de la práctica clínica.

Resultados

Existe una gran variabilidad de la práctica clínica entre profesionales de atención primaria, atención especializada y a su vez interniveles. Esto se traduce en una prolongación en el tiempo de cura de úlceras por presión con las consiguientes consecuencias como son el incremento de molestias para el paciente, aumento del riesgo de infección y por ende el incremento del gasto económico que todo esto conlleva.

Conclusiones

Para poder disminuir la variabilidad de la práctica clínica y la incertidumbre en la toma de decisiones en el cuidado de úlceras por presión, es necesario partir de protocolos comunes basados en evidencia científica, formación conjunta interniveles, disponer de un consultor interniveles, comunicación fluida y una serie de medidas encaminadas a conseguir un objetivo común como es el cuidado de calidad del paciente.

Título: CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN PACIENTE SÉPTICO CON MÚLTIPLES UPP TUNELIZADAS

Autores: Morcillo L, M.D; Jiménez C, S; Jaramillo L, R; Guevara M, M; Rebollo C, F. Nisa M.A.

Centro: H. U. Virgen Macarena.

Texto:

OBJETIVO: Remisión de cuadro séptico a través de la curación de las úlceras y, prevención de nuevas mediante el uso de superficie de aire alternante, cambios posturales y nutrición adecuada del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO. Paciente de 76 años que ingresa en nuestra unidad a través del servicio de urgencias el 30 del XI de 2007, siendo diagnosticado de sepsis por úlceras infectadas. Norton 5. Presenta múltiples upp, de las cuales son de Estadío IV las situadas en sacro, escroto, zona perianal, ambos glúteos trocánter e isquion, todas ellas cavitadas y comunicadas entre sí; y de grado I las que se encuentran en talón y omóplato, siendo un total de 11.

Al ingreso el paciente presenta un recuento leucocitario de 38.8, sedimento urinario con leucocituria intensa y proteínas plasmáticas totales disminuidas en 5,7.

Las curas de son asumidas por la unidad central de upp y HC del hospital el 12/XII/07, comenzándose ese mismo día con el desbridamiento de las upp de estadío IV y su descontaminación, aplicando conjuntamente un apósito de tecnología Hidrofiber con plata iónica saturado con polihexamida betaína. Las upp grado I que son las que se encuentran en talón y omóplato, se tratan con AGHO y apósito hidrocoloide extrafino, respectivamente.

RESULTADOS: A la semana, la evolución es muy favorable, las cavidades van disminuyendo en profundidad. Al mes de tratamiento, que es cuando es dado de alta se han cerrado las cavidades que intercomunicaban las heridas. Las upp grado I están prácticamente curadas.

La evolución ha sido progresiva y favorable, sin involuciones en el proceso y sin presencia de nuevas upp. Durante la estancia del paciente en la unidad, se llevó a cabo plan de cuidados específico con diagnósticos enfermeros, objetivos e intervenciones para alcanzar los mismos.

CONCLUSIONES: Queremos demostrar que la limpieza, desbridamiento y drenado de la herida es fundamental para dirigir la misma hacia su curación, gracias a la formación del tejido de granulación. También reseñar que es preciso la combinación de varias medidas para la evolución favorable de las upp en pacientes con movilidad disminuida y déficits nutricionales como SAAs, cambios posturales, supl. dietéticos.

Título: EPS: LA NECESIDAD DE FORMAR AL CUIDADOR INFORMAL PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Autores: Anna Giralt Lladanosa, Pilar Latre Romero, Noelia Diaz Charles, Teresa Calafell Navau

Centro: HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA

Texto:

Introducción: Diferentes estudios han demostrado que existen múltiples factores que predisponen a las úlceras por presión (UPP), por lo que es fundamental la participación activa de enfermería, del paciente y del cuidador informal (CI) para evitarlas.

Una de las actividades de mayor relevancia de la práctica enfermera es la educación para la salud (EpS) debiendo estimular y desarrollar estrategias que permitan a la población adquirir conocimientos y/o modificar hábitos frente a las UPP por ser éstas costosas y de difícil tratamiento. El CI es imprescindible para la comunicación paciente/personal sanitario por lo que creemos que es vital la formación para incrementar su capacidad de cuidados.

Objetivo: Disminuir la incidencia de UPP en la población, concienciando al CI de la importancia que tienen, adquiriendo conocimientos, habilidades y capacidades para su prevención y cuidado.

Métodos y recursos: Crear y divulgar un tríptico donde se plasma las actividades a realizar por el CI en la prevención de las UPP. Éste se desarrollará después de realizar una revisión bibliográfica sobre evidencia científica, guías existentes y protocolos de diferentes unidades. Se realiza con el programa de Power Point.

Discusión: El CI no es una persona formada en atención sanitaria, por lo cual, ha de tener la seguridad que ante cualquier incidencia y/o emergencia imprevista o no, tendrá recursos.

Resultados: Es importante no dar más responsabilidades de las que corresponde al CI, el tríptico las delimita y le respalda, dándole las pautas para afrontar el problema, motivándole a seguir adelante en su tarea y consiguiendo un sentimiento de satisfacción personal del CI.

Conclusiones: El envejecimiento poblacional y las heridas crónicas, provocan que el personal sanitario no pueda atender todas las demandas de forma inmediata, siendo imprescindible la figura del CI ya que le suple en una situación de dependencia del paciente en el domicilio. La EpS debe formar al cuidador como canal de información y de cuidados entre personal sanitario-paciente.

Interés para la práctica: El CI tiene a su alcance una guía en caso de necesidad, donde estarán desarrolladas las principales actuaciones para facilitar los cuidados.

Título: EL GESTOR DE CASOS EN EL HOSPITAL EN LA PREVENCIÓN DE LAS HERIDAS POR PRESIÓN

Autores: M^a de los Reyes Asensio Pérez, M^a Angeles Castañeda Palma, Encarnación Ramírez López, Valle Reina Perelló, Juan Carlos Palomo Lara, M^a Jesús Iglesias Ruíz, Patricia Cornelio Pérez -Calderón, Rosa Gamero Chaves.

Centro: Hospital San Lázaro. Sevilla

Introducción:

Los gestores de casos proporcionan servicios al paciente y cuidadores desde la multidisciplinaredad, favoreciendo la continuidad de cuidados y colaborando en los planes de cuidados dado su situación estratégica en el sistema sanitario.

¿Los gestores de casos de hospital pueden contribuir en prevención úlceras por presión? ¿Éstas sólo se originan en el hospital?

Se integran estas cuestiones, perfilando líneas de trabajo con las cuidadoras como eje, basándonos en las orientaciones de la Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión del Servicio Andaluz de Salud.

Objetivo:

- Formar cuidadoras en la prevención de la aparición y/o cronificación de heridas por presión.

Metodología:

Análisis de la magnitud del problema: número de pacientes que al ingreso presentan deterioro de la integridad cutánea o tisular, Fuente: las Valoraciones Iniciales de los enfermeros de las unidades de Medicina Interna del Hospital San Lázaro, las de gestora de casos, y base de datos propia.

Siguiendo la Guía de práctica clínica referenciada se coordinan talleres para cuidadoras, impartidos por un equipo multidisciplinar del Hospital San Lázaro.

Se realiza formación "a pie de cama" con refuerzo de información escrita sobre el tema.

Resultados:

Desde 1 enero al 31 de marzo del 2009, ingresaron con etiqueta diagnóstica Deterioro de la integridad cutánea/tisular, 28 personas, suponen un 36,36% de pacientes con gestión de casos en San Lázaro en ese periodo. Veinte de sus cuidadoras no recibieron formación sobre medidas preventivas (71,43%) antes ese ingreso. Las ocho restantes consiguieron la formación tras haber transcurrido una media de 5,6 meses de enfermedad de la persona a la que cuidan. El 100% de los pacientes tenían un Barthel de 0 a 20: gran dependencia.

La media de cuidadoras que acuden a los talleres/sesión es 4,4.

El 100% de cuidadoras atendidas por la gestora de casos han recibido formación "a pie de cama" sobre prevención de UPP.

Interés para la práctica:

Según la evidencia científica, con la formación de las cuidadoras podemos reducir el riesgo de aparición de UPP en domicilio.

Sería importante mayor número de iniciativas formativas en ambos niveles asistenciales.

Título: UN MISMO APÓSITO, ¿ES EFECTIVO EN HERIDAS DE DIFERENTE ETIOLOGÍA?

Autores: Amaia Morón Ugalde/ Ana Salvador Salvador

Centro: ABS La Granja-Torreforta, Tarragona

INTRODUCCIÓN: lesiones cutáneas de diferentes etiologías y localizaciones pueden tratarse con un mismo apósito, teniendo en cuenta la correcta valoración de la lesión y las características y aplicaciones del producto en cuestión.

Objetivo: Evaluar la evolución de diferentes heridas tratadas con un apósito con tecnología Hydrofiber con plata iónica.

Material y métodos: Presentamos varios casos de heridas infectadas tratadas localmente con un hidrogel más un apósito Hydrofiber Ag, combinado en algunos casos con tratamiento antibiotico oral, y en el caso de las úlceras venosas de la extremidad inferior aplicando un vendaje compresivo. También se realiza una valoración del dolor, escala EVA+ ORAL, aplicandose tratamiento, según Escala Analgesica OMS.

Resultados: Conseguimos una cicatrización completa de las diferentes lesiones, es estadíos de tiempo variados según las características individuales (gravedad de la lesión, estadío UPP, patologías cronicas de base, estado nutricional del individuo y grado de movilidad. Utilizando en todos los casos el apósito Hydrofiber Ag.

Conclusiones: realizando un abordaje terapeutico integral del usuario y conociendose las características y aplicaciones de un producto com es el Hydrofiber Ag, podemos lograr la cicatrización de lesiones con etilologías diferentes.

Interés para la práctica: Existen multitud de productos en el mercado que ayudan a la cicatrización de las lesiones que nos encontramos en la práctica enfermera diaria, pero tal y como hemos podido evidenciar, no es necesario disponer de todos ellos cuando un mismo producto nos puede resultar útil en distintas heridas y situaciones.

TITULO: TERAPIA DE PRESION NEGATIVA. VALORACION DE ENFERMERIA

Autores: M^a Isabel Ruiz Pastor

Centro: Servicio Cirugía Plástica, ORL y USH H.12 de Octubre. Madrid

INTRODUCCION: Está demostrado que el tratamiento con Presión Negativa (TPN) se asocia a resultados clínicos excelentes. Es un tratamiento que mejora las tasas de cicatrización, reduce la estancia hospitalaria y reduce la mortalidad de los pacientes con heridas graves, sin olvidar su vertiente coste-eficacia. En este tipo de intervenciones, la atención y los cuidados de enfermería cobran una gran importancia para la consecución de unos resultados efectivos y eficaces. El tratamiento de heridas complicadas con tratamientos tecnológicamente avanzados requiere que el equipo de enfermería sea proactivo, conocedor del paciente, de la patología y del

tratamiento aplicado.

OBJETIVOS:

- Comprobar la eficacia de un nuevo sistema de Terapia de Presión Negativa
- Comprobar la realidad de manejo del sistema por enfermería
- Comprobar el coste-efectividad del tratamiento

MATERIAL Y METODO:

Seguimiento de los casos tratados con terapia de presión negativa con este nuevo sistema en un periodo de 8 meses (sept 08-abr 09).

Cómputo total: 15 pacientes.

Sistema de TPN Renasys, modalidad basada en la Técnica Chariker-Jeter.

Componentes:

Kit de cura: Material de relleno: gasa antimicrobiana 100% algodón impregnada de polihexametileno biguanida al 0,2%, drenaje, ampollas de solución salina, protector cutáneo, film transparente de sellado, tira hidrocoloide, tubos de conexión (todo ello incluido).

Bomba de succión y PN.

El protocolo a seguir se inicia con la prescripción del tratamiento por parte del Cirujano Plástico responsable del paciente.

El equipo de enfermería participará de forma directa e indirecta en la aplicación y seguimiento del tratamiento según el protocolo y las necesidades.

Debido a la sencillez del sistema de TPN, el equipo de enfermería es totalmente independiente desde la primera cura.

Media de dos curas a la semana. Los pasos de aplicación y cambios se describirán, si así se precisa, durante el desarrollo de la comunicación.

Registro y seguimiento fotográfico.

CONCLUSIONES/RESULTADOS:

A fecha de abstract, el sistema Renasys ha demostrado ser eficaz.

Valoración de enfermería: facilidad, eficaz, comodidad para el paciente, permite dos curas semanales.

Resultados finales, en las Jornadas.

Título: MEDIDAS NUTRICIONALES PARA EL CUIDADO DE LAS UPPS

Autores: Andoni Carrion Jiménez, Carlos Nuñez Ortiz

Centro: UGC MI Hospital SAS La Línea. Cádiz.

De acuerdo a la bibliografía científica:

La desnutrición es un problema prevalente entre los pacientes frágiles en domicilio.

La desnutrición es un factor determinante en la aparición y evolución de las UPPs.

Una intervención nutricional adecuada mejora la salud de los pacientes domiciliarios.

Objetivo:

Establecer un protocolo de soporte nutricional en pacientes frágiles
Determinar el impacto de la implantación del protocolo sobre la comorbilidad de las UPPs

Material y Método:

De Enero y Febrero de 2007 se elaboró el protocolo con criterios de valoración, de clasificación y de recomendación de suplementos. Se utilizó el Vademécum de Nestle®. En Marzo/2007 se implantó el protocolo.

Criterios de Inclusión: Barthel<60, EMINA>8, Edad>65 años, Procedencia: Alta Hospitalaria UGC-MI Hospital La Línea desde marzo/2006 hasta marzo/2008, Preparación del Cuidador (NOC 2202)>3.

Criterios de Exclusión: Exitus, ingreso en residencia de mayores, reingreso con una estancia >45 días, desaparición del riesgo de UPP (sin UPP).

Total de pacientes atendidos: 126. Fueron incluidos 90 pacientes (n1=90). La edad media de fue de 75'88 años (DS±7,18) [39 hombres (43,33%) y 51 mujeres (56,67%)]. Fueron excluidos 6 pacientes.

Del total de pacientes atendidos:

- . 11 casos presentaban alguna UPP (12,22%). De ellos 4 no presentaban desnutrición
- . 21 casos presentaban mal nutrición (23,33%). De ellos, 14 pacientes no presentaban UPP.
- . 25 casos presentaban malnutrición y UPP (27,77%).

Resultados:

Se consiguió reducir la incidencia de UPP al 9,52% frente al 12,22% inicial.

Se consiguió disminuir la desnutrición al 11,90% frente al 23,33% inicial.

Conclusiones:

Para un abordaje integral de las UPP es necesaria una eficiente intervención nutricional. Se deberían incluir medidas nutricionales en las guías de atención a UPPs.

En el cuidado de las UPP se deben incluir suplementos nutricionales:

- . L-Arginina a razón de 5-15 gr/día supone un excelente coadyuvante.
- . Los Suplementos hiperproteicos/hipercalóricos hasta un aporte mínimo de 0,8-1,2 gr de proteína/kg-peso/día en pacientes desnutridos o con riesgo de desnutrición son una herramienta fundamental.

La gran variabilidad de productos nutricionales facilita la implicación familiar, reduce el tiempo de enfermería en adiestramiento y mejora la correcta cumplimentación de las indicaciones.

Necesidad de ampliar investigación en este campo

Título: ÚLCERA POR PRESIÓN EN PACIENTE CON DESNUTRICIÓN SEVERA

Autores: López T, L.; Díaz M, M; Morcillo L, M. D

Centro: H. U. Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivo: Lograr un tejido de granulación efectivo así como mejorar trastorno de la imagen corporal.

Material y método:

Paciente que ingresa en nuestra unidad tras una estancia de 15 días en unidad de cuidados intensivos por desnutrición severa y anasarca, debido a alteración de la conducta alimentaria: anorexia. Se detectan tres úlceras con pérdida de tejido subcutáneo colocadas en línea, a las doce y a las 6, dos de ellas con esfacelos muy adheridos al lecho de la herida, y la otra, situada en la zona inferior, sin esfacelos. Iniciamos tratamiento con Iruxol+ varihesive +allevin, durante 5 días, fecha en la que, debido a dificultad para mantenerse el apósito, pasamos a Tegisorb hidrocoloide Thim; Además de ello, asociamos desde la llegada de la paciente AGHO y SAA.

La pauta de curas es diaria la primera semana, siendo posteriormente cada 48 ó 72 horas según necesidad. El equipo de enfermería consigue una total implicación de la cuidadora principal, colaborando en todo momento con el mismo, y asumiendo las curas necesarias durante los permisos de fin de semana.

RESULTADOS:

Desde que iniciamos tratamiento con Tegisorb, se observan los siguientes avances:

Herida a las 6 más limpia y reducida de tamaño.

Herida a las 12 con menos volumen de esfacelos.

Herida situada en línea casi epitelizada.

A los 22 días:

Herida en línea y a las 6 epitelizada.

Herida a las 12 casi limpia.

El 6 del 11 damos de alta a la paciente, con upp totalmente curadas en solo un mes.

Conclusiones:

En este trabajo se ha demostrado la eficacia de Tegisorb hidrocoloide por su acción estimulante del tejido de granulación, así como reducción y eliminación de esfacelos y control del exudado, dando todo ello como resultado la total epitelización un en tiempo breve.

Queremos destacar que, gracias a un plan de cuidados individualizado y con la intervención de un equipo multidisciplinar (personal de enfermería, médico, psicólogo, psiquiatra, dietista, experto en úlceras, cuidadora) hemos conseguido que las upp curen y, lo que es más importante, resolver el trastorno de la imagen corporal de la paciente.

Título: UPP EN NEONATO. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL DEBRIDAMIENTO NO CORTANTE DE ESCARA NECRÓTICA.LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO.

Autores: Margarita del Rocío García Gracia, Charo Domínguez, Ana A. Rosado, Carmen Montes, Pilar Pérez, Manuel Ales.

Centro: H. U .Virgen Macarena. Sevilla

INTRODUCCION:

Presentamos caso clínico de UPP en un prematuro con escara necrótica en miembro inferior derecho, que logramos epitelizar totalmente en 60 días mediante tratamiento conservador. Medio físico: incubadora.

OBJETIVOS:

- 1.Eliminar el tejido necrótico (escara seca).
- 2.Protección e hidratación del tejido neoformado
- 3.Prevenir la elevación de la carga bacteriana.

MATERIAL Y METODO:

Parto por cesárea(2º gemelo).Nacimiento el 01/08/07.Ventilación asistida, anemia en varias ocasiones. Sepsis por estafilococos. El 19/09/07 se consulta con la Unidad de UPP y HC que valora la persistencia, tras diversos ttº infructuosos, de una gran escara negra dura, en 1/3 superior de la pierna derecha y que abarca hasta cara posterior. Se decide Ttº conservador no cortante. Planteamos el siguiente protocolo,dividido en varias etapas y seguido por toda la Unidad de Neonatos.

PROTOCOLO:

- 1.Limpieza y desbridamiento autolítico: empleando conjuntamente dos presentaciones de hidrogel,(Intrasite)®,(Intrasite gel)® + (Intrasite conformable)®.Pauta de curas dos veces al día,debido a la desecación tanto del gel como de la malla de hidrogel, producida por las elevadas tª y humedad del medio físico (incubadora).
- 2.Prevenición de elevación de la carga bacteriana y aislamiento del Hidrogel del apósito secundario con apósito lípido coloidal con Ag. Urgotul Ag®
- 3.Una vez desbridada la escara y para eliminar los esfacelos del lecho de la herida, se añaden al tratamiento (27-10-07) placas de Hidrocolide extrafino (Tegaderm Hidrocoloide)®.Cambios según saturación del apósito.

EVOLUCION/RESULTADOS:

- *La evolución de la herida es óptima, pues la escara necrótica ha ido desapareciendo hasta cicatrización.
- *En ningún momento aparecieron signos clínicos de infección. Reseñar candidas en zona distal de los bordes de la herida. Se tratan y eliminan.
- *El tejido neo-formado ha sido protegido e hidratado.
- *Sale de la incubadora el 07-11-07 y es alta el 13 del mismo mes.

CONCLUSIONES:

- *Destacar la positiva evolución hasta cicatrización completa de la lesión sin emplear ningún método cruento, en UPP en paciente neonato.
- *Los diferentes productos empleados nos han permitido mantener la humedad y el desbridamiento autolítico de la escara.
- *Importante el trabajo en equipo de toda la Unidad de Neonatal, y de la Unidad integral de UPP y HC llevando y coordinando el caso.

Título: "RESULTADOS DE CURACIÓN DE HERIDAS POR PRESIÓN GRADO 4 EN PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA".

Autores: Ángel Rodríguez Hurtado; Alberto Romero Alonso; Catalina García Asuero; Elia Bayoll Serradilla; Ángel García García; Irene Fernández Cordón; Pilar Zarco Rodríguez.

Centro: Hospital El Tomillar. Área Hospitalaria de Valme. Sevilla.

INTRODUCCIÓN: Las heridas por presión constituyen un serio problema sanitario por su alta incidencia, por el alto coste económico que suponen, por su morbimortalidad y por su impacto sobre la salud del tandem paciente-cuidador.

Los pacientes con demencia avanzada reúnen varios factores de riesgo para padecerlas, como son edad avanzada, desnutrición, encamamiento, incontinencia...que los hace especialmente vulnerables.

Sin embargo no existen datos ni estudios sobre la evolución y curación de éstas en este tipo concreto de pacientes.

OBJETIVO: 1) Conocer el porcentaje de curación de las heridas por presión grado 4 desarrolladas en pacientes con demencia avanzada.

METODOLOGÍA: Diseño: Estudio observacional retrospectivo.

Periodo de estudio: Septiembre 2004 - Enero 2006.

Población diana: Pacientes con criterios de demencia avanzada (dependencia total con un Barthel inferior a 15 más deterioro cognitivo severo) que tuviesen algún episodio de asistencia en la Unidad de Continuidad Asistencial del Hospital El Tomillar.

Fuente: Historia informatizada, enfermera de familia, enfermera gestora de casos y persona cuidadora familiar.

RESULTADOS: Se analizaron 135 pacientes.

- . 47,4% desarrollaron alguna HPP grado 4 (64 pacientes).
- . 65,6% fallecieron con la HPP sin resolver (42 pacientes).
- . 15,6% no fallecieron durante el tiempo de estudio pero tampoco se le resolvieron las HPPS (10 pacientes).
- . 7,8% fallecieron con las HPPs resueltas (5 pacientes).
- . 10,9% no fallecieron y se le resolvieron las HPPs (7 pacientes).
- . Porcentaje de curación: 18,7%.

CONCLUSIONES: Existe una alta prevalencia de HPPs en pacientes con demencia en fase avanzada. El porcentaje de curación de éstas es muy bajo (18,7%).

DISCUSIÓN: El bajo porcentaje de curación nos hace recomendar el abordaje paliativo en dichos casos dirigido al control del dolor, del olor y de la cantidad de exudado siguiendo siempre como objetivo la máxima confortabilidad del paciente.

Título: DESBRIDANDO Y PREPARANDO EL LECHO DE UPP DE GRAN TAMAÑO. EFECTIVIDAD DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Autores: Díaz M, M; Gamarro T, B; Lozano G, M; Vahí M, MJ; Úbeda T, M; Aparicio P, A; Barrientos V, M.

Centro: H. U. Virgen Macarena. Sevilla.

INTRODUCCIÓN:

Paciente de 74 años, intervenida de prótesis de rodilla el 2/VIII; a las 24 h parálisis de MII por estenosis de canal a nivel lumbar, a los 15 días upp en sacro, con varias lesiones satélites, se extiende hasta zona perianal, signos clínicos de infección, tejido necrótico, exudado con olor fétido. Norton 7.

OBJETIVOS: 1.Desbridamiento de tejido necrótico y PLH para controlar tejido no viable, exudado, infección e inflamación y estimular tejido de granulación para acelerar el proceso de epitelización.2. Educación sanitaria a paciente y cuidador para que reconozcan signos y síntomas de riesgo de deterioro de la integridad cutánea, importancia de la movilización y de las medidas del cuidado de la piel.3. Evitar la formación de nuevas lesiones tras el alta.

MATERIAL Y MÉTODO: El 20/VIII/07 y dada la situación de la paciente (fiebre, exudado, mal olor) se avisa a la UC de upp y HC. Se realiza escarectomía en dos sesiones, eliminando gran parte del tejido necrótico y drenando gran cantidad de exudado purulento. Se inicia tto.para descontaminación con gasas impregnadas en polihexamida-betaina y placas de hidrofibra de hidrocoloide Ag gelificadas con el mismo descontaminante, colocadas en la cavidad, cubriendo con apósito secundario de gasas, con curas c/24h. A los 30 días cambiamos pauta de curas, comenzado a utilizar colágeno en polvo. En lesiones satélites, apósitos lípido coloidal Ag.Con el fin de aliviar la presión, cambios posturales C/2 ó 3 h., se coloca SAA y AGHO, todo ello haciendo partícipe a su cuidador.

RESULTADOS: A los 6 días de las escarectomía, conseguimos eliminación de esfacelos en el 70% de la lesión, habiendo desaparecido el olor y se comienza con control del exudado.El día del alta (3/X), úlcera muy reducida, sin cavidades, completamente cubierta de tejido de granulación.Se planifica con Enfermera gestora de casos comunitaria pauta de curas.Se proporciona SAA para el domicilio.Educación al cuidador.

CONCLUSIONES:Eficacia de medidas de prevención como cambios posturales reglados, SAA, AGHO. Importancia de la educación sanitaria al cuidador ppal, y a la paciente, dándole confianza y seguridad. Ha sido preciso combinar distintos medios para conseguir un resultado positivo.

Título: ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UCI: FACTORES DE RIESGO.

Autores: Encarnación Sánchez Santaella, M^a Eva García Molina, M^a Ángeles Bautista Ochoa, M^a Piedad Valdivieso Fernández, Salvador Machado Rodríguez, Raimundo García del Moral Martín

Centro: Hospital General Básico Santa Ana. Granada.

Objetivo. Identificar otros factores de riesgo, diferentes de las escalas tradicionales, relacionados con la aparición de úlceras por presión (UPP) en el paciente crítico, determinar la validez de la escala de Norton para establecer el riesgo de aparición de UPP en UCI.

Material y método. UCI de un hospital comarcal con 8 camas. Estudio: Casos y controles. Prospectivo. Pacientes médicos y quirúrgicos ingresados en 2007 y con estancia mayor de 72 horas. Se recogieron datos personales, de estancia en UCI, escala de Norton e índices de gravedad. Análisis estadístico: Casos y controles, test χ^2 , t de student, U de Mann Whitney, regresión logística.

Resultados. 526 ingreso totales. Requisitos de inclusión 91 enfermos. La incidencia de UPP en el grupo de estudio 20,9%. La incidencia global de UPP en UCI 4,7%. Localización más frecuente, sacro el 95%. Un 55% en varias localizaciones. En el análisis multivariante considerando gravedad, peor Glasgow al ingreso, Norton, estancia media y drogas vasoactivas, los únicos factores de riesgo asociados con la aparición de UPP: la escala de Norton y la estancia en UCI.

Conclusiones:

1. La incidencia UPP en nuestra unidad no es superior a la descrita en la bibliografía.
2. Los enfermos con UPP tuvieron una mayor estancia en UCI y hospitalaria de forma estadísticamente significativa, sin repercusión sobre la mortalidad.
3. La escala de Norton es útil en el paciente crítico y pueden seleccionar a la población diana para medidas agresivas de prevención.
4. En el análisis multivariante los factores de riesgo para la aparición de UPP son la escala de Norton (OR 0,67) y la estancia en UCI (0,015)

Palabras clave:

- . análisis multivariante
- . distribución de χ^2
- . estadística no paramétrica
- . úlcera por presión

Título: DETECCIÓN PRECOZ DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP). EL PAPEL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Autores: Miguela López García, M^a Carmen Aguilà Barranco, Magdalena Cruz Fernández y M^a Isabel Farré Tonijuan, auxiliares de enfermería del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida.

Centro: Arnau de Vilanova. Lleida

Introducción:

Cada vez se realizan más estudios para incidir en la disminución de las úlceras por presión (UPP).

El auxiliar de enfermería como miembro del equipo multidisciplinar, desempeña un papel importante en la prevención, detección y tratamiento de las UPP, siempre en estrecha colaboración con enfermería. Debe tener conocimientos amplios y una formación actualizada relacionada con dichas técnicas, cubriendo todas las necesidades del usuario, por lo que nuestro objetivo principal será la prevención y disminución de las UPP.

OBJETIVOS

- Disminuir la incidencia de las úlceras por presión.
- Aplicar técnicas y materiales estandarizados y personalizados para cada usuario.
- Utilización de una gráfica creada por las auxiliares de enfermería del servicio de UCI, donde se reflejan los cuidados realizados en cada turno.

MÉTODOS Y MATERIALES

Se utiliza el protocolo de nuestro servicio, el método de observación y ensayo - error. También se emplea soporte informático como PowerPoint.

RESULTADO

Según el estudio realizado en los años 2007 - 2008, se observa en el servicio de UCI que tras la aplicación de las medidas preventivas y protocolarias anteriormente mencionadas, la incidencia de las UPP disminuye.

Estos datos han sido extraídos de los indicadores de calidad de la dirección de enfermería del Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV) de Lleida.

CONCLUSIÓN

Este trabajo nos lleva a concluir en que el auxiliar de enfermería en UCI, es una parte importante e integrante del equipo multidisciplinar.

El uso adecuado de este registro, realizado por los auxiliares de enfermería, proporciona una disminución en la incidencia de las UPP, aportando mayor calidad y eficiencia al usuario y una mayor comunicación entre el personal de Auxiliares de enfermería.

Título: CUIDADOS DE LA PIEL EN EL PACIENTE NEONATO

Autores: Gómez García, Mercedes; Martín Martín, Eva; Centeno Gala, Consolación.

Centro: Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN:

La piel es el órgano más grande de nuestro cuerpo Actúa como barrera

protectora contra las infecciones y juega un papel muy importante en la regulación de temperatura y en el almacenaje de grasa. El PH neutro en el nacimiento gradualmente se va volviendo más ácido.

La piel del recién nacido (RN) pretérmino ofrece mayor permeabilidad y pérdida transepidermica de agua, menor unión dermoepidermica, mayor vulnerabilidad a la formación de ampollas y al levantamiento de la epidermis. La vrnix gaseosa que actúa contra las bacterias y los hongos empieza a formarse en el tercer trimestre del embarazo.

Es interesante remarcar que en los niños pretérmino, al cabo de los 10 -14 días la epidermis es histológicamente similar a la de un bebé a término.

OBJETIVOS:

- Sensibilidad de los profesionales en los cuidados de la piel del neonato para mantener la integridad en piel y mucosas.
- Disminución de la variabilidad clínica ante los mismos problemas de salud.

METODOLOGÍA:

Se realiza búsqueda bibliográfica y análisis de los resultados sobre la evidencia científica encontrada acerca de los cuidados en la piel del recién nacido.

RESULTADOS:

Además de las medidas universales a aplicar en los cuidados de la piel, es relevante tener en cuenta que en pacientes neonatos:

No se recomienda el baño en los primeros diez días y a partir de ahí, la frecuencia del baño en los niños prematuros puede reducirse sin incrementar el riesgo de infección, hasta al menos el cuarto día, contribuyendo a observar un efecto positivo en la reducción de estrés psicológico.

El baño por rutina en neonatos prematuros no está indicado, por lo que la enfermeras debemos establecer protocolos y decidir, sobre la base del estado fisiológico del neonato, si es adecuado o no bañar.

CONCLUSIONES:

Siendo la piel el órgano sensorial más extenso del organismo, es fundamental que desde etapas tempranas, reciba el cuidado y los estímulos en tiempo y forma para la maduración y el desarrollo futuro de su función sensitiva.

Los protocolos de cuidados nos permite acordar, pactar, ajustando acciones a una situación que favorezca la disminución en la variabilidad de la práctica clínica.

Cuidar sobre cada situación de cuidados es buscar la excelencia en los cuidados: tener en cuenta los valores del cuidado e incorporar la ética a las decisiones clínicas.

Título: LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: PRIMER ESLABÓN EN LA PREVENCIÓN DE LAS UPP

Autores: DE LOS REYES MACHUCA, R.; CASTRO SORIANO, R.; BRENES PÉREZ, M. D.; SÁNCHEZ CABRERIZO M; VARGAS BELTRÁN, M.D; MÁRQUEZ RDGUEZ, C; CABELLO SÁNCHEZ, C.

Centro: H. U. Virgen Macarena. Sevilla

INTRODUCCIÓN:

La atención integral en la prevención de las upp es llevada a cabo cuando abordamos este problema desde distintas categorías profesionales. Los cuidados de la piel que realiza la TCE (auxiliar de enfermería) durante la higiene del paciente, proporcionan una ocasión privilegiada para colaborar en la prevención y tratamiento del riesgo y deterioro de la integridad cutánea.

OBJETIVOS:

Definir el papel de las TCEs en la prevención de las upp.

Detectar precozmente el riesgo de upp.

Formar a los cuidadores informales en la detección precoz y prevención de las upp.

MATERIAL Y MÉTODO:

El personal de enfermería de la unidad (TCEs y enfermeras) hemos realizado una formación conjunta en la prevención de upp, mediante talleres formativos que se repiten a lo largo del año. (coordinado por el experto en úlceras de la unidad de telecuidados de nuestro área).

Formación a cuidadores principales relacionada con el aseo y movilización para prevención de upp, tanto de manera individualizada como grupal.

Diseño e implementación de un registro para recogida de datos, previa formación para la correcta cumplimentación del mismo.

Promoción de una cultura de registro de actividades realizada entre el personal de enfermería.

Desarrollo de protocolos de actuación conjunta.

RESULTADOS:

Contribución en la detección precoz de riesgo de upp en nuestros pacientes por parte de la TCE.

Implantación de medidas preventivas relacionadas con las necesidades básicas atendidas por las TCEs: higiene, movilización y educación sanitaria a cuidadores principales.

CONCLUSIONES:

La cumplimentación conjunta del registro proporciona una valiosa información para el abordaje de los cuidados a cargo del equipo de enfermería.

Las observaciones de las TCEs y la comunicación con la enfermera referente y los cuidadores son elementos claves para el éxito en la prevención de las upp.

TITULO: PROGRAMA DE MEJORA EN LA PREVENCIÓN DE UPP.

Autores: Sergio M. Calderón, Francisco Cornejo, Margarita Ramirez, Francisco Vera, Silvia Capitán, Estrella Pérez, Juan Martinez Toro, Alfonso Silva, Angel Blanco, Ana Picamilho, Rosa Hernandez, Ana Santos

Centro: Hospital Punta Europa, AGS Campo de Gibraltar. Cádiz.

INTRODUCCION-

Durante los meses de abril a septiembre de 2008 hemos realizado en la unidad de Medicina Interna (5º planta) un estudio descriptivo con el fin de analizar las mejoras que se producen al implantar precozmente las medidas de prevención de UPP. En la unidad hay un diagnóstico a destacar el riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Para ello, al ingreso del paciente realizamos una valoración inicial y le pasamos la escala de Braden. Cuando el riesgo es alto o moderado comenzamos con las medidas preventivas.

OBJETIVOS-

- Analizar los datos obtenidos tras la valoración inicial y la escala de Braden que quedan reflejados en la historia del paciente por el programa AZAHAR. Así, se consigue instaurar las medidas preventivas de forma precoz.
- Realizar un seguimiento de los pacientes que presentan al ingreso deterioro de la integridad cutánea y garantizar en el alta del paciente la continuidad del tratamiento recibido para favorecer la curación.

METODOLOGÍA-

- Soporte informático basado en el programa AZAHAR módulo de enfermería.
- Valoración inicial según Virginia Henderson.
- Escala de Braden de riesgo de UPP.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES-

Analizando los resultados obtenidos de los datos durante estos meses hemos visto la importancia de las medidas preventivas de forma precoz supone un aumento de la calidad de los cuidados, optimizar recursos, y minimizar el riesgo de aparición de UPP. Además se consigue mediante el informe de continuidad de cuidados garantizar al alta del hospital un seguimiento y control de la UPP según el tratamiento seguido durante la hospitalización.

Título: LA CALIDAD EN PREVENCIÓN UPP = INTERVENCIONES ENFERMERAS / INCIDENCIA

Autores: María José Cabrera Agüera; Luisa González Sánchez; Miguel ángel Aragonés Roa; Gema Yagüe de Antonio

Centro: Hospital Universitario La Paz. Madrid

INTRODUCCIÓN:

Dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, hecho público el pasado Marzo, se enuncia una estrategia dirigida a "mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios", alentando proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras, incluyendo la Prevención de UPP en pacientes de Riesgo.

Para facilitar la cuantificación y evaluación de las diferentes dimensiones del estado de salud de una población se utilizan los indicadores de salud. La Incidencia es el indicador de Calidad que utilizamos para cuantificar la magnitud del problema.

OBJETIVOS:

Estimar la mejora de los cuidados enfermeros, a través del indicador de calidad de Incidencia en dos años en el Hospital Universitario La Paz

METODOLOGIA:

Desde Enero de 2007 a Diciembre de 2008, la Unidad de la Piel, adscrita al departamento de calidad del Hospital La Paz, realiza la evaluación de las siguientes variables:

1. Porcentaje de pacientes de riesgo que ingresan en el Hospital (cuantificados por unidades y áreas)
2. Porcentaje de pacientes de riesgo que desarrollan UPP nuevas

La monitorización de los datos, es introducida en una base de datos informatizada y exportada a Excell.

RESULTADOS:

1. El porcentaje de pacientes con riesgo de generar una UPP ha disminuido en un 25%.
2. Las medidas de prevención adoptadas nos han llevado a una reducción del 30% en el porcentaje de pacientes con riesgo que generan una UPP.

CONCLUSIONES:

Como conclusión principal de este trabajo podemos destacar, presumiendo algún sesgo que nos lleve a una infravaloración de la situación real, que la calidad de los cuidados de prevención de las personas con riesgo de UPP, comienzan por una correcta valoración e identificación del Riesgo , garantizando intervenciones enfermeras en los pacientes en riesgo de deterioro de la integridad cutánea y traduciéndose en una disminución de la incidencia de UPP.

Título: CUIDADOS DE ENFERMERIA DE CALIDAD APLICADOS A UN NIÑO CON UN RIESGO MUY ELEVADO DE DETERIORO CUTÁNEO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Autores: Cabrera Aguera MJ, Gomez Aragón MC, Martín Alonso MT, Sierra Aldea M

Centro: Hospital Infantil La Paz. Madrid

INTRODUCCIÓN

Niño de 12 años diagnosticado de leucemia linfoblástica en noviembre del 2007, con episodio de recaída en febrero del 2009 que ingresa en nuestra unidad el 15 de marzo por empeoramiento respiratorio en el contexto de cuadro séptico de origen pulmonar, confirmándose infección fúngica. Presentaba un Riesgo muy elevado de deterioro de la integridad cutánea, y que concurrían los siguientes factores de riesgo: lesiones cutáneas en forma de grandes estrías (por el efecto cushinoide del tratamiento corticoideo) y fragilidad, trastornos hematológicos, medicación sedoanalgésica y vasoactiva, trastorno nutricional, dispositivos para la asistencia respiratoria, monitorización y tratamiento.

OBJETIVO.

Garantizar cuidados de calidad en un niño con un riesgo muy elevado de deterioro de la integridad cutánea en el que concurren factores de riesgo no modificables con la aplicación de un programa de medidas preventivas incluidas en el plan de cuidado individualizado.

MÉTODO

Desde el ingreso, se programaron los siguientes cuidados preventivos:

- Identificación del riesgo a través de la escala de Norton modificada.
- Vigilancia de la piel en cada turno.
- Cambios posturales cada 2 horas, aunque desde el día 29 de marzo estábamos limitados por el empeoramiento respiratorio.
- Colocación superficie para manejo de presión.
- Aplicación de AGHO cada 8 horas.

RESULTADOS

- Mantenimiento de la integridad cutánea tras un mes de ingreso.
- Minimizar el riesgo de infección en un niño inmunodeprimido.
- Aumento de conocimiento para el autocuidado y la implicación de la familia.
- Mejora de su imagen corporal.

CONCLUSIONES

Como conclusión principal de este trabajo podemos destacar, que la calidad de los cuidados aplicados a este niño comenzó por una correcta valoración, identificación e interpretación del riesgo que presentaba por medio de la aplicación de una herramienta metodológica como son las EVRUPP, y por la determinación de todos los factores de riesgo presentes, garantizando los cuidados de prevención en este niño, traduciéndose en una ausencia de UPP, a pesar del empeoramiento de su situación fisiopatológica.

La incursión de estas medidas en el plan de cuidados diario dentro de la metodología del trabajo enfermero ha reforzado la comunicación y el trabajo en equipo.

Título: VALORACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN MEDIANTE INDICADORES NOC A TRAVÉS DEL SISTEMA INFORMÁTICO TICARES. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE

Autores: ALMUDENA ARROYO RODRÍGUEZ, CONCEPCIÓN HURTADO PEDROSA, FRANCISCO JOSÉ ALEMANY LASHERAS

Centro: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE, ESCUELA DE ENFERMERÍA SAN JUAN DE DIOS. SEVILLA

Introducción.

A través del sistema informático hospitalario (HIS) TiCares, en proceso de implantación en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, se valorarán a los paciente utilizando el modelo enfermero de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. En dicha valoración, en la necesidad básica "Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.", se recogerá si el paciente presenta una úlcera por presión (UPP) y las características de la misma.

Objetivo.

Incorporar en la valoración de las UPP los indicadores NOC, para poder evaluar la evolución de las mismas.

Realizar un plan de cuidados usando las taxonomías enfermeras NANDA, NOC, NIC (NNN).

Método.

El sistema equipara automáticamente signos y síntomas con indicadores NOC (NOC de entrada), lo que nos generará el Plan de Cuidados del paciente en taxonomías enfermeras NNN.

Título: USO RACIONAL DEL APÓSITO, EXPERIENCIA DE UNA NUEVA GESTIÓN ENFERMERA EN EL USO DEL APÓSITO, EN LA ZONA BÁSICA DE ARAHAL.

Autores: Margarita Maldonado Campaña, César A. Navarro Maldonado, Antonio J. Rodríguez Velázquez y Concepción Gómez González.

Centro: Centro Salud de el Arahal. Sevilla.

INTRODUCCION

En los últimos años, unido al aumento paulatino del uso de apósitos en el cuidado de las heridas, se hace patente una serie de debilidades: alta variabilidad y falta de unificación de criterios en el uso, difícil coordinación derivados de la dispensación con receta médica, tendencia del gasto en alza e incluso uso de apósitos, sin criterio clínico, en manos de cuidadores. Tras el análisis de la situación la Dirección de Enfermería del Distrito Sevilla Sur realiza una apuesta por una nueva gestión de los apósitos y es pilotado en 3 ZBS entre la que se encuentra la nuestra: Arahal.

OBJETIVO

Implementar en nuestra ZBS una gestión enfermera en el uso del apósito.

METODOLOGIA

Por parte del Distrito se realiza la elección y compra directa de apósitos, y se crea una base de datos para el control nominal de estos.

Se eligen a dos enfermeros que serán los responsables de implementar el pilotaje en la ZBS.

En nuestra ZBS se crea un circuito almacén-pedidos enfermero-distribución

y se organiza un registro informatizado y riguroso.

Se realizan sesiones de formación específicas y periódicas, apoyado de un continuo asesoramiento, especialmente en casos donde se detectara un gasto superior a la media ó contradicciones entre nº de curas y pedidos.

RESULTADOS

Tras 6 meses de pilotaje ha quedado patente la satisfacción de:

usuarios,gestores y profesionales tanto médicos como

enfermeros,(plasmada en las encuestas realizadas a estos últimos).

Respecto a los datos económicos, se rompe la tendencia de gastos al alza con una disminución en torno al 25% así como un descenso significativo respecto a la media del Distrito.

CONCLUSIONES

La nueva gestión de apósitos es eficaz y eficiente; para su implementación creemos que es imprescindible un enfermero referente implicado, personalización del gasto, formación y asesoramiento continuo.

INTERES PARA LA PRACTICA

Gracias a los exitosos resultados del pilotaje el Distrito Sanitario Sevilla Sur ha extendido este sistema a la totalidad de sus UGC. Con esta apuesta no sólo se pretende una reducción de costes sino una forma de trabajar basada en la evidencia científica, aumentando los conocimientos y unificando criterios.

Título: LA CARA ADVERSA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Autores: García F, Rumbo JM, Arantón L, Ramírez AM, Vidal B, Cortizas J, Tizón E, Raña C.

Centro: Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN: Asegurar que tratamientos y cuidados que reciben los pacientes no supongan daños, es uno de los pilares de la calidad asistencial; sin embargo, la creciente complejidad de los procesos asistenciales favorece la proliferación de sucesos adversos. Solo a través de su análisis estaremos en disposición de establecer las medidas necesarias para evitarlos y/o minimizarlos en lo posible.

OBJETIVO: Evaluar los sucesos adversos asociados a las úlceras por presión (UPP) derivados de la asistencia sanitaria en atención primaria (AP) y hospitalaria.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo transversal. Identificación, análisis y revisión de los dos estudios nacionales sobre efectos adversos, ENEAS (Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la Hospitalización), y el APEAS (Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria). Medición, clasificación y valoración a través de la guía de cribado del proyecto IDEA (Identificación de Efectos Adversos). Técnica de consenso por grupo nominal.

RESULTADOS: Las UPP en hospitales son la 1ª causa de EA relacionada con cuidados (3,66% de los EAs); su incidencia es 1,44 veces inversamente proporcional al tamaño del hospital; presentando los servicios quirúrgicos 0.56 veces más riesgo que los médicos, con una tasa de evitabilidad (prevención) moderada (42%). En Atención Primaria, las UPP son la 1ª

causa de EA relacionado con cuidados (3,4% de los EAs) y la 3ª causa de EA relacionadas con infección (0,8%); ocupando el puesto 11 (2,3%) como factor de riesgo intrínseco en pacientes con EA. La tasa de evitabilidad (moderada) es del 42,1% en referencia a cuidados y del 71,4% en referencia a infección por UPP.

CONCLUSIONES: Entre todos los EA identificados, la frecuencia de los asociados a UPP es relativamente baja, tanto en hospitales como en primaria, pero siguen considerándose moderadamente evitables; por ello, debemos realizar un esfuerzo añadido para prevenir este problema, promoviendo procedimientos basados en la mejor evidencia disponible, (cuidados y técnicas seguras) y que ello revierta en minimizar y/o evitar dichos EA. La difusión de estrategias de eficacia probada, junto con un mayor conocimiento y sensibilización de los profesionales son el camino a seguir para mejorar la calidad asistencial y la seguridad de nuestros pacientes.

Título: LA PAREMIOLOGÍA ESPAÑOLA, FUENTE PARA LA INVESTIGACION DE LAS HERIDAS

Autores: Antonio Molina Franco, Isabel Pineda Fuentes

Centro: C.S. La Paz. Madrid

Introducción: Los orígenes de los refranes españoles, como sucede en el caso de otras lenguas, son diversos. La fuente principal era el lenguaje cotidiano de los diferentes estados de la sociedad española: la nobleza, la burguesía, los campesinos; también las variantes y jergas profesionales, de los sacerdotes, soldados, artesanos y estudiantes. Hay que destacar la gran influencia de instituciones como la iglesia y la academia, ambas usuarias del latín e influyentes en la muy amplia propagación de citas bíblicas y de los clásicos de la literatura de la Antigüedad, las cuales se transmitieron de forma oral.

De ellos se derivan remedios naturales para la curación de las heridas, que la farmacopea actual han investigado para el desarrollo de sus productos.

Objetivos: establecer un paralelismo entre los proverbios españoles y la actual terapia para las heridas.

Discusión: se analizan diversos refranes y su aplicabilidad o derivación en las terapias actuales.

Material y método: búsqueda bibliográfica en fuentes paremiológicas y análisis de los argumentos expuestos. Se verifica las investigaciones al respecto y hacemos reflexiones sobre las sentencias populares.

Resultados: parece increíble la veracidad, realismo y aplicabilidad de frases enunciadas hace siglos y su vigencia actual, pese a que han pasado años y generaciones, manteniendo su vigencia y oritras, que por razones sociales o mercantilistas han caído en desuso en la aplicación de cuidados en la sanidad actual, quedando marginadas a colectivos parasanitarios y terapias alternativas.

Título: SOLUCIÓN DE UNA QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO PRODUCIDA POR DÉBITO ABUNDANTE EN FÍSTULA ENTEROBILIAR

Autores: Ana María Herrera Carrasco, Mariano Soto Jurado, Juana María Vázquez, Francisco M. García Llamas, Francisca Bruzón, Antonia Martínez, Javier Jiménez

Centro: Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz

INTRODUCCIÓN:

Resolución de una quemadura de 2º grado producida por el contacto del contenido de una ileostomía con la piel del paciente.

Paciente de 32 años que ingresa tras ser intervenido de urgencias por obstrucción intestinal secundaria a ingesta masiva de bolas de hachis.

Inexistente colaboración del paciente, conducta antisocial, ningún apoyo familiar, varios intentos de suicidio, precisa sujeción mecánica.

Presenta herida central peritonizada en cuyo centro se abre asa de yeyuno fistulizado (ileostomía natural).

Mientras ha permanecido a dieta absoluta y con NPT, el débito de la ileostomía ha sido controlado con sistemas colectores sencillos.

Al empezar alimentación oral el débito aumenta. Pasamos a dieta semi-blanda, cambia la consistencia del exudado

El paciente manipula y arranca los dispositivos colectores en repetidas ocasiones y se produce una quemadura alcalina.

OBJETIVOS:

- Control y gestión del débito enterobiliar.
- Cuidados de la piel periestomal.
- Abordaje del manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- Evitar la variabilidad en el manejo del proceso.

MATERIAL Y MÉTODO:

- Uso del material adecuado.
- Participación de todos los profesionales.
- Plan de actuación para continuidad de cuidados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

- Disponer de organización enfermera para evitar variabilidad de cuidados

asegurando continuidad en los mismos.

- Manejo del material adecuado para optimizar la calidad de los cuidados.
- Participación e implicación de todos los profesionales en la mejora integral de la calidad del cuidado.
- Disminuir estancia hospitalaria y aumento del confort del paciente.

INTERÉS PARA LA PRÁCTICA:

Teniendo y utilizando el material adecuado en este tipo de complicaciones usamos menos cantidad de material y esto revierte en menos carga de trabajo para el personal de enfermería.

CONCLUSIONES.

Hemos resuelto una quemadura por débito abundante de una ileostomía en un breve periodo de tiempo con poco gasto de material y poca carga de trabajo.

Título: HERIDA POR QUEMADURAS. ESA GRAN DESCONOCIDA

Autores: petit Jornet, Josep M., Teixidó Vidal, Xavier

Centro: Hospital Universitari de la Vall de ´Hebron. Barcelona

Introducción: Actualmente, se está evidenciando un gran avance en el cuidado de las heridas, tanto agudas como crónicas. Estos avances se fundamentan en las investigaciones y documentos de posicionamiento de los más destacados paneles de expertos internacionales, y quedan reflejados en las numerosas guías de práctica clínica recientemente editadas en nuestro país.

Sin embargo, en la valoración y cuidado de las quemaduras siguen vigentes una serie de prácticas, tópicos y tabúes que, sin ninguna base fisiopatológica ni terapéutica demostrada y con la más absoluta ausencia de evidencia científica, se han establecido en la mente de muchísimos profesionales, como verdades incuestionables.

Objetivos: Analizar, esclarecer y demostrar lo erróneo de estas prácticas, tópicos y tabúes referentes al manejo de las quemaduras "menores" (las que se pueden tratar ambulatoriamente).

Establecer nuevos criterios de manejo, basados en el mayor grado de evidencia científica disponible.

Material y método: Análisis de los test de nivel de conocimientos previos, realizados por los alumnos que han asistido a los cursos de postgrado y módulos de formación continuada (más de doscientos) impartidos por los autores en los últimos 10 años.

Revisión bibliográfica en busca de evidencias, respecto a las prácticas habituales en el manejo de dichas quemaduras.

Discusión: Existe un gran desconocimiento sobre la valoración y curas de las quemaduras menores, en la mayoría de los profesionales de primaria, que generan una serie de prácticas de manejo del todo inadecuadas, las cuales aumentan los costos de las curas y generan un perjuicio en el

resultado tanto del tiempo de cierre de las quemaduras "menores", como de su resultado estético y funcional.

Interés para la práctica: Esta comunicación permitirá al oyente mejorar inmediatamente algunas de sus prácticas y además, desinstalarse de la falsa seguridad en que le había situado la información recibida hasta el momento, condición indispensable para que inicie un cambio de actitud que le conduzca a la búsqueda de información actualizada, con la que mejorará su calidad asistencial e incluso podrá impulsar la actualización de protocolos y colaborar en la elaboración de guías de práctica clínica actualizadas y basadas en el mayor grado de evidencia científica existente.

Título: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: ATENCIÓN ENFERMERA A PACIENTE CON EPIDERMOLISIS BULLOSA DISTRÓFICA RECESIVA (EBDR)

Autores: Rosa Airas, Jacobo Blanco.

Centro: C.S. Pre-Navia. Vigo, Pontevedra:

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: Atención Enfermera a paciente con Epidermolisis Bullosa Distófica Recesiva (EBDR)

Introducción

Paciente de 30 años diagnosticada de EBDR durante su infancia. Presenta heridas ampollosas y eritematosas en el 70% de la superficie corporal. Muñones en ambas manos y pies debido a la retracción de la piel. Se desplaza en silla de ruedas.

Valoración de la paciente: Patrones Funcionales de M. Gordon.

Patrones alterados:

- **Actividad ejercicio.
- **Cognitivo-Perceptual
- **Autopercepción-Autoconcepto.
- **Rol-Relaciones.
- **Sexualidad-Reproducción
- **Adaptación-Tolerancia al estrés.
- **Sueño-Descanso.

Diagnósticos de enfermería

? Diagnósticos de Enfermería:

Alteración de la integridad cutánea relacionada con la EBDR; manifestada por la interrupción de la piel y la destrucción de capas cutáneas debido a lesiones ampollosas y eritematosas con moderado exudado y de bordes irregulares pero bien definidos. Aparecen colgajos cutáneos en el 30% de las mismas. Se localizan en el 70% de la superficie corporal.

Resultados NOC: se aplica escala de evaluación de los indicadores de resultados:

Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Intervenciones NIC
Cuidados de la piel: tratamiento tópico

? Diagnósticos de Autonomía:

Intolerancia a la actividad relacionado con debilidad generalizada y fatiga; manifestado por molestias al mínimo ejercicio e informe verbal de fatiga y debilidad.

Resultados NOC: se aplica escala de valoración de los indicadores de resultados:

Tolerancia a la actividad

Intervenciones NIC

Terapia de actividad

Diagnósticos de Colaboración:

Afrontamiento individual ineficaz relacionado con las crisis situacionales, vulnerabilidad de la persona y cambios vitales múltiples; manifestado por la alteración de la participación social, manipulación verbal, ansiedad, baja autoestima y depresión situacional.

Resultados NOC: se aplica escala de valoración de los indicadores de resultados:

Autocontrol de los impulsos

Conocimiento: recursos sanitarios

Nivel de estrés

Autocontrol de la conducta abusiva

Intervenciones NIC

Apoyo emocional

Asesoramiento

Ayuda para el control del enfado

Enseñanza individual

Facilitar la meditación

Intervención en caso de crisis

Manejo ambiental: confort

Manejo de ideas ilusorias

Mejorar el sueño

Administración de medicación oral

Título: TERAPIA COMPRESIVA EN ÚLCERAS VENOSAS. PIEDRA ANGULAR EN SU TRATAMIENTO

Autores: JOSÉ RODRIGUEZ VAZQUEZ, LUTGARDA CONDE CRESPILO,
ANTONIO SAEZ ACOSTA

Centro: CENTRO DE SALUD PINO MONTANO-B (SEVILLA)

Introducción:

Las úlceras venosas constituyen un costoso problema socio-sanitario que puede incluso producir la muerte de quienes las sufren.

Su tratamiento requiere de un importante consumo de recursos humanos,

materiales y asistenciales.

Tienen una especial incidencia en la calidad de vida de quienes las sufren y sus entornos familiares. Con frecuencia van acompañadas de dolor, y molestias, baja autoestima e imagen corporal distorsionada

Objetivos:

Actualizar conocimientos acerca de la incidencia y prevalencia de las úlceras venosas, su fisiopatología, etiopatogenia, así como de los factores predisponentes de las mismas.

Resaltar la importancia de la terapia compresiva como piedra angular en el tratamiento de las mismas y fundamentalmente los vendajes multicapas.

Discusión:

Acerca de los factores de riesgo asociados al retraso en la cicatrización de las úlceras venosas.

De los fundamentos fisiológicos de la terapia compresiva según la Ley de Laplace: $P = T / r$. (Presión, Tensión, Radio)

Factores interactivos que intervienen en la compresión: Estructura y propiedades elastoméricas de la venda, tamaño y forma de la extremidad, actividad física desarrollada, etc

Material y métodos:

Reseña de los vendajes multicapas, extensibilidad.

Compresión; efectos, indicaciones, contraindicaciones: acciones terapéuticas

Conclusión: Las úlceras venosas pueden convertirse en crónicas si no se tratan correctamente.

Interés para la práctica:

Es muy importante su detección y abordaje precoz ya que existen cada vez más pruebas de que el daño que se produce a nivel de la microcirculación en las úlceras de larga evolución puede ser irreversible.

Podemos optimizar los recursos disponibles y fundamentalmente aumentar la calidad de vida de los pacientes

Título: ULCERA CUTANEA SECUNDARIA A RADIOTERAPIA TRATADA CON HIALURINATO DE ZINC

Autores: A. Morón Ugalde. A. Salvador Salvador. C. GARCIA Sancho C. de Diego Cabanes

Centro: ABS LA GRANJA-TORREFORTA

INTRODUCCIÓN:

Presentamos el caso de una Sra. de 81 años, con pluripatología, DM2, HTA, I.Venosa Crónica, Hiperuricemia y Diag. De Enfermedad de Brown tratada con radioterapia, y que como efecto secundario presenta una UPP en EII en consecuencia es derivada a la consulta de enfermería de Atención Primaria para planificar curas.

OBJETIVO:

Disminuir el dolor, evitar infección y lograr una cicatrización completa de la lesión.

MATERIAL Y MÉTODO:

Diag. De Enfermería: Deterioro de la integridad cutánea.

Actividades de Enfermería:

- Valoración del dolor (escala oral+EVA), abordaje terapéutico del dolor (escala analgésica OMS).
- Hábitos higiénicos saludables, establecimiento de rutinas.
- Valoración estado nutricional (MNA).
- Valoración lesión escala Bears y Myers: UPP Grado III.

Plan de cuidados: Curas diarias de la lesión en horario pactado enfermera-usuaria, para así garantizar la continuidad en el seguimiento y tratamiento. Tratamiento inicial con lavados con suero fisiológico y aplicación de aposito Hydrofiber Ag más oclusió seca con gasas esteriles, se objetiva mejoría con reducción del tejido esfacelar y aumento de tejido de granulación, sin signos de infección y ligera exudación sin maceración.

Se mantiene esta cura durante unos 40 días, tras este período de tiempo se realiza una revaloración de la lesión por desaceleración en el proceso de cicatrización y tórpidez, iniciándose curas con Hialurinato de Zinc.

RESULTADOS:

Tras aplicación del nuevo tratamiento con Hialurinato de Zinc se logra una cicatrización completa de la lesión, manteniéndose la integridad cutánea hasta la fecha.

CONCLUSIONES:

Hialurinato de Zinc aplicado localmente en lesiones por radioterapia, representa una elección óptima para lograr una cicatrización completa en paciente de edad avanzada y con pluripatología.

NOTA: DISPONEMOS DE MATERIAL FOTOGRÁFICO EN CASO DE SER NECESARIO.

Título: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO EN HOSPITAL DE DÍA DE DIABETES

Autores: Pedro Mañas Escorza; Concepción Muñoz Duran; Carmen Ruiz Trillo; Ana Perez Morales; Rosa Redondo Lázaro; Isabel Hidalgo Casillas; María Tous

Centro: HH UU Virgen del Rocío. CDT. Hospital día diabetes. Sevilla.

INTRODUCCIÓN:

El Hospital de Día de Diabetes (HDD) es un recurso abierto a la población diabética del área, enfocado a una asistencia puntual y transitoria, desde la prevención hasta el tratamiento de complicaciones. EL HDD ofrece a los pacientes con pie diabético una atención multidisciplinar en régimen ambulatorio en la que participan endocrinos, cirujano vascular, podólogo y enfermería. Vienen remitidos por diversas vías: urgencias, AP, consultas de endocrino, otras especialidades. Siempre con llamada previa al facultativo del HDD. Son tributarias de evaluación y seguimiento en HDD lesiones clasificables con grados 2a, 2b y 3 clasificación de Wagner.

Objetivo:

Descripción de lesiones valoradas y su evolución en HDD en 2008.

Material y método:

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes derivados para valoración de lesión en pie, tanto metabólica, vascular y/o neuropática de ambos MMII; evaluación de la herida y clasificación según escala de Wagner. El cirujano vascular y el endocrino decidirán el nuevo destino asistencial del paciente. Informe de Continuidad de Cuidados para aquellos que al alta de HD precisan de continuidad de cuidados por Enfermería de AP

Resultados:

Durante el año 2008 consultaron por Pie diabético 536 pacientes en HDD, con las siguientes características clínicas: Varón, 53%; mujer, 46,6% ; edad $70,8 \pm 12,0$; DM tipo1, 4%; DM tipo2, 91,8%; tiempo de evolución de la diabetes, $17,5 \pm 8,8$ años; Hba1c de $8,0 \pm 1,8$. La forma de presentación según la escala de wagner fue: grado 5, 2,3%; grado 4, 9,1%; grado3, 13,6%; grado 2b, 22,7%; grado 2a, 36,4%; grado 1, 15,9%. El 16,6% de las lesiones grado 3 y el 70% de las lesiones grado 2b se resolvieron de forma ambulatoria tras desbridamiento quirúrgico realizado por cirugía vascular y cuidados de las heridas y atención podológica con un seguimiento de curas y evolución de las mismas coordinado con AP (seguimiento en las curas por enfermería de HD. Del total de pacientes atendidos el 29,55 requirió ingreso hospitalario y procedimiento quirúrgico

Conclusiones:

La atención multidisciplinar en HDD en colaboración con AP permite la resolución ambulatoria de un porcentaje elevado de pacientes que de otra manera hubieran precisado ingreso hospitalario.

Título: ULCERAS VENOSAS EN ATENCION PRIMARIA

Autores: Lutgarda Conde Crespillo, José Rodríguez Vázquez, Antonio Sáez Acosta.

Centro: Centro de Salud Pino-Montano B. Sevilla.

INTRODUCCIÓN.

La prevalencia de las úlceras venosas ha ido en aumento en la última década. El abordaje desde Atención Primaria no es otro que la realización de la prevención y educación para la salud con medidas posturales, ejercicios,

etc. dirigida al tratamiento y a la rehabilitación de esta enfermedad ya establecida enlenteciendo su progresión y con ello el agravamiento de complicaciones e invalideces e intentando la curación de las mismas como objetivo principal y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

OBJETIVOS

Generales:

- 1.- Tomar conciencia de la importancia del seguimiento de enfermería en la evolución y tratamiento de las úlceras venosas en Atención Primaria conjuntamente con el equipo multidisciplinar.
- 2.- Realizar planes de cuidados tanto a los pacientes como a los cuidadores desde un punto de vista integral.
- 3.- Fomentar las medidas preventivas en usuarios susceptibles a dicha lesión y aquellos que la han padecido.

Específicos:

- 1.- Mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- 2.- Trabajar con resultados de eficacia- eficiencia y efectividad.

DISCUSIÓN

? Abordaje, evolución, seguimiento y tratamiento de un caso clínico de 7 años de evolución, visto por varios especialistas y llevado desde Atención Primaria.

? Utilización de los recursos disponibles.

? Unificación de criterios de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Seguimiento del modelo esquema TIME para Preparación del Lecho de las Heridas (PLD) con valoración y evolución de las lesiones venosas vasculares.

Aplicación de diferentes terapias según su estadio y evolución.

Importancia del vendaje compresivo.

CONCLUSIÓN

La mejora de calidad de los pacientes con lesiones venosas, por la capacidad invalidante de las mismas, es considerable con la utilización de terapia compresiva de base una vez comprobado I.T.B.

Aplicación del esquema TIME : Control Tejido necrótico / Control de la carga bacteriana(Infección) / Gestión del exudado / Estimulación de los tejidos.

Utilización de hidrofibra de hidrocoloide con plata más alginatos en la primera fase con signos de infección o colonización crítica y posteriormente seguimiento con estimuladores del crecimiento celulares hasta su resolución total.

Título: PREVENCIÓN DE UPP EN PIE DIABÉTICO

Autores: M^a CARMEN ESPALLARGAS MOYA; ALEJANDRO CAMPOS GOMEZ; DOLORES ALVAREZ FRANCO; DIEGO JARA TORIBIO; M^a CARMEN RUIZ SANCHEZ

Centro: CENTRO SALUD RONDA HISTORICA

Las úlceras por presión en un pie diabético son difíciles de tratar, generalmente por acompañarse de infecciones severas superficiales en la piel o tejido graso del dorso del pie o de los dedos, hasta infecciones más serias en hueso o problemas circulatorios, como gangrena, en cuyo caso, sería necesaria la amputación llegando a producir un importante deterioro de la calidad de vida del paciente

Para realizar un abordaje óptimo de prevención de lesiones en el pie diabético pusimos en marcha en el Centro de Salud Ronda Histórica un taller que abordara varios aspectos relacionados con los conocimientos que tiene el paciente de su enfermedad, control de su glucemia, hábitos higiénico dietéticas, prestando especial atención a la realización del cuidado de los pies.

OBJETIVOS

Adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la exploración y cuidado de los pies previniendo complicaciones

MATERIAL Y METODO

Se realizo un estudio cualitativo con un grupo de 15 pacientes de ambos sexos entre 40 y 70 años de edad

Se puso en marcha un taller teórico prácticas Utilizando una sesión dedicada a los cuidados del pie.

RESULTADOS

Los asistentes reflejaron tener información básica sobre su enfermedad, pero falta de conocimientos sobre las destrezas para ejecutar cuidados del pie .

Un alto porcentaje > 60 % declaró que los consejos y orientaciones recibidos no eran fáciles de entender y llevar a cabo

DISCUSION

Se puede constatar falta de conocimientos del pie diabético y sus factores de riesgo. Los pacientes manifiestan auto cuidado insuficiente de sus pies

CONCLUSIÓN

Los asistentes no tienen conciencia del alcance de los problemas que puede generar la aparición de UPP en los pies.

Título: ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO: PREPARANDO EL LECHO DE LA HERIDA: CONCEPTO "TIME"

Autores: Fontán Rodríguez, C.; Moreno Haya, P.; Borrallo García, M.D.; Bautista Broco, M.; Rodríguez Utrera, T.; Fernández Ronquillo, C.; Román González, V.

Centro: H.U. Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción

Desbridamiento tejido desvitalizado, control-manejo de la infección, control exudado, estimular bordes de la herida: Actuaciones imprescindibles para una correcta preparación del lecho de herida.

Objetivo

Procurar mantenimiento del miembro en paciente con amputación

supracondilea en miembro derecho, (Tiene prótesis, que ingresa con pie catastrófico.

Material y métodos

Varón, 76 años, diabético ID. Arteriopatía periférica y neuropatía diabética. Úlceras en pie diabético con afectación / desprendimiento completo de la dermis en toda la cara externa del pie izquierdo. Gran úlcera que abarca talón, "exposición de calcáneo" y tendón de Aquiles, abundantes esfacelos y tejido necrótico. En cara interna granulando pero con signos de infección. Diagnósticos : C.I. IAM, Valvulopatía M.A. degenerativa, IRC.

Problema social(infectado por Pediculus capitis.)

Se utiliza técnica de descontaminación mediante combinación de apósito de hidrofibra de hidrocoloide con plata iónica (Aquacel® Ag) y solución de polihexanida Betaina. Desbridaje en distintas fases y drenaje de diferentes trayectos.

Se colocó apósito de Hidrofibra impregnado en solución descrita, se cubrió con apósito de gasa-compresas, más fijación. Revisión de lesión cada 24-48h.

Resultados

Tratamiento desde el 17-12-07, hasta el 08-01-08 (alta)

En 22 días, hemos conseguido una notable disminución de tejido no viable, más del 70% de tejido de granulación en cara externa y talón.

Continuidad de cuidados. Se contacta con ERP y se aplica misma pauta de curas. Nuevo ingreso el 15-03-08: úlcera de la cara externa reducidas en las 2/3 partes, y más del 90% de tejido de granulación.

El paciente fallece en un ingreso posterior post IAM el 03-04-08

Conclusiones

En este caso se han obtenido resultados muy buenos, en paciente de gran complejidad. Se controla e incluso disminuye tamaño de úlceras, se conserva punto de apoyo, que junto con su prótesis, le ha permitido valerse por sí mismo.

Importante la Continuidad asistencial y la labor desarrollada por su ERP. La utilización de hidrofibra de hidrocoloide con plata iónica y solución de polihexanida parece comportarse de forma sinérgica, acelerándose el proceso de desbridamiento de lesiones amplias y con gran presencia de tejido necrótico y/o esfacelado

Título: ÚLCERA NEUROISQUÉMICA INTERDIGITAL CON OSTEOMIELITIS TRATADO CON MPEILEX AG.

Autores: Yurena Quintana Marrero, Daniële Cardoso Da Silva, M^a José Hernández Herrero, F. Javier Aragón Sánchez

Centro: Unidad de Pie Diabético. Hospital La Paloma.

CASO CLÍNICO.

Paciente varón de 59 años de edad con diabetes tipo 2, en tratamiento con HGO e insulina de 12 años de evolución. HTA en tratamiento. No fumador. Dislipemia. Retinopatía diabética tratada con láser. Polineuropatía diabética.

Tratado en nuestra unidad por úlceras con osteomielitis en Mayo/01 y Septiembre/07. No alergias medicamentosas conocidas. Es enviado a nuestro centro por presentar úlcera interdigital localizada en el cuarto dedo sin evolución adecuada con los tratamientos administrados. A la exploración presenta úlcera interdigital en cara lateral externa del cuarto dedo del pie izquierdo por presión del 5º. Palpación ósea positiva. Pulsos distales ausentes. Estudio doppler: PST= 90mmHg. ITB=0.75mmHg. TcPO2=45mmHg (control 48mmHg).

Evolución.

El paciente fue intervenido en las primeras 12 horas desde su ingreso en nuestro centro realizándose ostectomía y desbridamiento.

La cicatrización se consiguió en 26 días

Conclusiones.

La base del tratamiento de la osteomielitis en el pie diabético que realiza nuestro grupo es realizar un abordaje quirúrgico precoz, antibioterapia sistémica según los resultados del cultivo de material óseo, descarga y unos cuidados locales adecuados de la herida hasta lograr la cicatrización. En la experiencia en nuestra Unidad, el tratamiento local postoperatorio con Mepilex Ag nos proporciona un manejo seguro de las heridas abiertas en el pie diabético realizadas como tratamiento de las osteomielitis ya que se trata de un apósito maleable, ayuda a manejar el exudado, mantiene la humedad en el lecho de la herida, nos ayuda en las descargas y gracias a su exclusiva tecnología Safetac, se minimiza el traumatismo, el dolor y el riesgo de maceración.

Título: DETECCIÓN PRECOZ DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP). EL PAPEL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Autores: Miguela López García, M^a Carmen Aguilà Barranco, Magdalena Cruz Fernández y M^a Isabel Farré Tonijuan, auxiliares de enfermería del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida.

Centro: Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida.

INTRODUCCIÓN

Cada vez se realizan más estudios para incidir en la disminución de las úlceras por presión (UPP).

El auxiliar de enfermería como miembro del equipo multidisciplinar, desempeña un papel importante en la prevención, detección y tratamiento de las UPP, siempre en estrecha colaboración con enfermería. Debe tener conocimientos amplios y una formación actualizada relacionada con dichas técnicas, cubriendo todas las necesidades del usuario, por lo que nuestro objetivo principal será la prevención y disminución de las UPP.

OBJETIVOS

- Disminuir la incidencia de las úlceras por presión.
- Aplicar técnicas y materiales estandarizados y personalizados para cada usuario.
- Utilización de una gráfica creada por las auxiliares de enfermería del servicio de UCI, donde se reflejan los cuidados realizados en cada turno.

MÉTODOS Y MATERIALES

Se utiliza el protocolo de nuestro servicio, el método de observación y ensayo - error. También se emplea soporte informático como PowerPoint.

RESULTADO

Según el estudio realizado en los años 2007 - 2008, se observa en el servicio de UCI que tras la aplicación de las medidas preventivas y protocolarias anteriormente mencionadas, la incidencia de las UPP disminuye.

Estos datos han sido extraídos de los indicadores de calidad de la dirección de enfermería del Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV) de Lleida.

CONCLUSIÓN

Este trabajo nos lleva a concluir en que el auxiliar de enfermería en UCI, es una parte importante e integrante del equipo multidisciplinar.

El uso adecuado de este registro, realizado por los auxiliares de enfermería, proporciona una disminución en la incidencia de las UPP, aportando mayor calidad y eficiencia al usuario y una mayor comunicación entre el personal de Auxiliares de enfermería.

Título: VALORACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN MEDIANTE INDICADORES NOC A TRAVÉS DEL SISTEMA INFORMÁTICO TICARES. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE.

Autores: Almudena Arroyo Rodríguez, Concepción Hurtado Pedrosa, Francisco José Alemany Lasheras

Centro: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

El Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (HSJDA), está implantando el nuevo Sistema de Información Hospitalaria (HIS) denominado TiCares. Una de las utilidades que tendrá el nuevo sistema informático hospitalario será la valoración de pacientes, usando el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. En dicha valoración se recogerán signos y síntomas que hemos equiparado a indicadores NOC (NOC de entrada), lo que nos generará el plan de cuidados del paciente (en taxonomía enfermera NANDA, NIC, NOC). En la necesidad básica "Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.", se recogerá, si el paciente presenta una

úlceras por presión (UPP) y las características de la misma, que como hemos mencionado anteriormente, el sistema equipara a indicadores NOC.
