

COMUNICACIONES PÓSTER DEL XIV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA

CASO PIE DIABÉTICO, PREVIO AMPUTACIÓN, CON SISTEMA DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA EN MODO ABIERTO.

Autoras: Cerame-Pérez S, Gómez-Jurado R, Fondo-Álvarez E, Gutiérrez-Bandera N, Sevilla-Ramírez C, Harkot O.

Centro Multidisciplinar de Úlceras Crónicas

Contacto: scerame@scerame.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El empleo de la terapia de presión negativa (TPN) es una opción ampliamente extendida dentro del campo de la curación de heridas. Desde su aparición en el mercado, se han ido sumando indicaciones de tratamiento de diversa índole, como podemos ver reflejado en la bibliografía existente al respecto. Promueve la curación de las heridas mediante la aplicación de presión negativa, de manera que el uso de niveles controlados de presión subatmosférica y succión controlada, acelera la resolución de las mismas favoreciendo la vascularización y el desbridamiento. Tratamos de hacer un tratamiento efectivo con la TPN en modo abierto, la cual tiene un filtro antibacteriano que evita fallos en el vacío o la oclusión por exudado muy espeso.

El objetivo es el cierre total de la úlcera de pie diabético, evitando así, la amputación del pie o pierna de la paciente

METODOLOGÍA

Limpieza de la herida con solución de Agua super Oxidada, Cloruro de Sodio (NaCl), Ácido Hipocloroso (HOCl) e Hipoclorito de Sodio (NaOCl) y fomento. Posteriormente se introduce la zona a tratar dentro de una bolsa, la cual se cierra y se insufla ozono continuo en 2 sesiones de 20 minutos.

Se protege la piel perilesional con apósito líquido en spray y film de poliuretano. Encima del hueso se coloca espuma de polivinilo, para darle humedad, seguido de espuma de poliuretano porosa. Se realiza un puente de espuma, se aplica encima el puerto de succión y el depósito de 300 ml en el dispositivo.

Se aplica presión continua al principio de 125 mmHg, con cambios cada 4 días y luego discontinúa con cambios cada 6 días.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El resultado fue la curación total y el relleno de la profundidad de la úlcera; evitando tanto el cambio constante de apósitos, como la posibilidad de infecciones por manipulación. El paciente refiere tener mayor calidad de vida al no presentar dolor, y mayor bienestar al tener que acudir solo una vez a realizar el cambio de apósito.

Actualmente su uso está ampliamente extendido como terapia adyuvante tras el desbridamiento. La aplicación de esta TPN en modo abierto está siendo fundamental en el tratamiento de heridas complejas, el pie diabético o las exposiciones óseas, debido a que acortan el tiempo de curación e impiden la aparición de infecciones.

HORMONAS SEXUALES EN LA CICATRIZACIÓN: NUEVAS OPORTUNIDADES TERAPÉUTICAS.

Autores: Martínez-Peña N, Murillo-Escutia A.

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Contacto: martinez.noe@hotmail.es

INTRODUCCIÓN

Las heridas crónicas se dan generalmente en la población anciana y su origen es multifactorial. Entre estos factores (estado nutricional, enfermedad vascular, enfermedades metabólicas crónicas, etc) se ha observado que la influencia de las hormonas sexuales tiene un gran peso a la hora de promover una correcta cicatrización y podría justificar, en parte, la dificultad de las personas ancianas para la curación de las úlceras. Distintos estudios en modelos humanos y animales demuestran que, a grandes rasgos, los andrógenos tienen un papel perjudicial en la cicatrización dado que aumentan en exceso la respuesta inflamatoria y que los estrógenos, al modular la respuesta inmune, inflamatoria y aumentar los depósitos de colágeno, promueven la cicatrización.

OBJETIVOS

Dar a conocer los aspectos más relevantes del papel de las hormonas sexuales en la cicatrización de la piel, así como aquellos fármacos que suponen tratamientos potenciales.

RESULTADOS

Elevados niveles circulantes de α -dihidrotestosterona (forma activa de la testosterona) en varones se ha relacionado con evolución tórpida de heridas. En estudios con modelos animales se ha demostrado que la castración o el bloqueo farmacológico de la testosterona con flutamida y MK-434 producen una mejora en la cicatrización.

En relación a los estrógenos, se ha observado en estudios con modelos humanos que la aplicación tópica de estrógenos, tanto en hombres como en mujeres, resultó beneficiosa en ambos sexos. En otro estudio de cohortes se demostró que la terapia hormonal sustitutiva (THS) resultó ser un factor protector en el desarrollo de úlceras venosas y úlceras por presión. Estudios con modelos animales evidenciaron que el uso de moduladores selectivos de los receptores estrogénicos (raloxifeno, tamoxifeno), diapril-propionitrilo y fitoestrógenos promovían la cicatrización de las heridas.

Respecto a la dehidroepiandrosterona (DHEA), segregada en la corteza adrenal, es capaz de sintetizar α -dihidrotestosterona y 17-estradiol en tejidos periféricos. Las personas con déficit de DHEA tienen mayor riesgo de desarrollar úlceras venosas. Estudios con modelos animales mostraron que la inyección subcutánea de DHEA mejoraba la cicatrización debido a la formación de estrógenos en la piel.

CONCLUSIONES

Los estudios revisados muestran resultados prometedores en el uso de hormonas sexuales para alcanzar una mejora en la cicatrización de la piel. Debido a la escasez de estudios realizados en humanos es necesario investigar más en este campo para mejorar el manejo de las lesiones cutáneas en población anciana.

NECROSIS DE INJERTO CUTANEO Y CIERRE POR SEGUNDA INTENCIÓN CON TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA. CASO CLÍNICO.

Autores: Hernández-Orta MP, Pérez-Sola MA, Librada-Sanz MP, Martínez-Torres JM, Pérez-Pelegay J, Rivera-Fuertes I.

Hospital "Reina Sofía" Tudela (Navarra)

Contacto: mp.hernandez.orta@cfnavarra.es

INTRODUCCIÓN

La extirpación de lesiones oncológicas con reparación del defecto quirúrgico mediante injertos cutáneos, es una técnica muy utilizada en cirugía dermatológica. Una de las posibles complicaciones es la necrosis del mismo.

Presentamos el caso de una señora de 85 años a la que se le realizó la extirpación de un carcinoma basocelular en la cara externa de pierna derecha con margen de seguridad y cierre con injerto de piel claviclar. Tras la pérdida del injerto por necrosis se instauraron curas con terapia de presión negativa PICO.

OBJETIVOS:

- Cierre de la herida post-quirúrgica por segunda intención o reducción de su tamaño para cierre diferido
- Control de la ansiedad y del dolor
- Bienestar del paciente

METODOLOGÍA

Retirada del injerto necrosado y limpieza de la herida, quedó úlcera-postquirúrgica de unos 4.5x 5 centímetros con bordes inflamados y lecho sangrante. La paciente toma antibióticos y analgesia.

Se explica a la paciente y acompañante el proceso a seguir. Se aplica terapia de presión negativa mediante PICO y se indican cuidados. Realizamos atención y seguimiento coordinado en consultas de Enfermería de dermatología y cirugía,

RESULTADOS

Se consiguió el cierre completo de la herida quirúrgica con terapia de vacío evitando un nuevo acto quirúrgico. Logramos la cura y la satisfacción de la paciente,

La atención coordinada y multidisciplinar de dermatólogos y de la enfermería de dermatología y cirugía hizo posible reducir el tiempo de cicatrización y los costos hospitalarios.

CONCLUSIONES

La terapia de presión negativa es una alternativa para acelerar el cierre de heridas por segunda intención. Asimismo sirve para reducir el tamaño de lesión, mejorar el lecho y posteriormente realizar cierres diferidos.

También, su aplicación inmediata tras la realización de injertos de piel, (en pacientes mayores o zonas de riesgo como las piernas) favorece la perfusión y oxigenación tisular, drena fluidos, mejorando la adherencia al lecho receptor de la zona donante y evita en muchos casos su pérdida

El sistema de terapia de vacío PICO puede ser gestionado por enfermería en el hospital y en la asistencia a domicilio, favoreciendo el confort del paciente y evitando en ocasiones otras terapias más agresivas como fue nuestro caso.

CASO CLÍNICO: DEHISCENCIA COMPLETA DE HERIDA QUIRÚRGICA TRAS CESÁREA.

Autores: Anduig-Viñarta MT, Pingarrón-Montes MT, Sendra-Marco JC, Merino-Vidal S, Ferrer-Salort S, Puchol-Devesa MJ.

Valencia

Contacto: mayteanduigvinarta@yahoo.es

OBJETIVO / CASO CLÍNICO

Mujer de 25 años, con obesidad mórbida, fumadora habitual de 15 cigarrillos al día y antecedente de TEP con toma de anticonceptivos, a la que se le practica una cesárea segmentaria transversa con anestesia general tras fracaso de inducción por RPM menor de 12 horas..

VALORACIÓN DE LA LESIÓN

1. Cesárea segmentaria transversa por fracaso de inducción tras Rotura de bolsa
2. (10/01/17).
3. Formación seroma+ celulitis en borde superior herida a los 5 días postparto, se remite a hospital donde se decide abrir completamente la cicatriz, limpiar y dar tratamiento antibiótico.
4. Se restaura quirúrgicamente la herida en quirófano al quinto día del ingreso.
5. A los cinco días del alta hospitalaria vuelve a presentar abundante seroma.
6. Se realizan curas diarias con suero fisiológico a presión, mas apósito de fibra en mecha.

7. Cultivos bacteriológicos de la herida:
 - 09/02/17: Pseudomonas aeruginosa.
 - 02/03/17: Enterococcus faecalis
8. Tras observar que la herida se cerraba a pesar de seguir drenando gran cantidad de seroma cada día, se decide ampliar la abertura de la dehiscencia de la herida en la unidad de cirugía menor del CSI de Oliva (17/03/2017).

Después de todo este proceso, nos encontramos con la herida en éste estado: Dehiscencia amplia con evidencia de disrupción de la herida quirúrgica, visualización de Tejido celular subcutáneo, bordes no aproximados y abundante exudado seroso

- Tamaño: 12 x 8 cm
- Piel perilesional: macerada
- T: tejido esfacelado
- I: signos de infección.
- M: Exudado abundante
- E: Piel perilesional macerada

MATERIAL Y METODO

9. Tras reingreso y apertura de herida en quirófano se comienza con curas diarias de la herida: limpieza con SF a presión y colocación de Apósito de fibra en mecha más apósito secundario.
10. A partir de la segunda intervención en el servicio de cirugía del centro de salud, se continúa con curas diarias de igual manera (17/03/17)
11. Vista la lenta evolución de la herida y ante el riesgo de infección se inicia la utilización de povidona yodada en gel en el interior de la herida, continuando con Apósito de fibra para mechar la herida y apósito de espuma secundario. también curas diarias.
12. A los 20 días de seguir con esta pauta de curas, se decide probar con un nuevo tratamiento aplicando una malla antimicrobiana (Cutimed® Sorbact®), cubriendo con apósito secundario .Curas cada 48 -72h.
13. Se mantiene hasta el alta Povidona yodada + Cutimed Sorbact + apósito secundario, para pasar a Cutimed Sorbact + apósito.

RESULTADOS

El uso de Cutimed Sorbact ayudo no solo a prevenir el riesgo de infección, sino también a mejorar su calidad de vida, ya que podía acudir a curarse cada 48 – 72 horas.

Pasado un mes del inicio de la utilización de Cutimed Sorbact la herida cicatrizó completamente. El proceso duró un total de 4 meses.

AUTOCUIDADOS DIARIOS EN LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA. UNA IMAGEN VALE MÁS QUE MIL PALABRAS.

Autores: Rodríguez-Robisco P, Blázquez-Domínguez MD, Bello-Bello V, Lago-Varela F, Pazos-Vilar P.

Centro de Atención Primaria. Zas (A Coruña)

Contacto: pilar.rodriguez.robisco@sergas.es

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Arterial Periférica (EAP) se caracteriza por un estrechamiento y endurecimiento de las arterias que conlleva una disminución de flujo sanguíneo, siendo la arterioesclerosis su causa fundamental; las extremidades inferiores son las zonas del cuerpo que se suelen ver afectadas con más frecuencia. En su grado más avanzado, la EAP se manifiesta con afectación cutánea sobre todo en zonas distales. La prevalencia de úlcera de etiología isquémica se estima entre 0,2 - 2%, con una incidencia de 220 casos nuevos/millón de habitantes y año. Las personas que tengan dificultad para comprender las recomendaciones sanitarias (pacientes con limitación idiomática, dificultad para leer o de comprensión lectora), están más expuestos al riesgo de padecerla; en estos casos, las imágenes son un medio idóneo para informar sobre prevención de manera clara y directa. La comunicación exclusivamente visual facilita que el mensaje a transmitir llegue a un gran número de personas, pudiendo ser entendido incluso por pacientes con las limitaciones anteriormente mencionadas.

OBJETIVOS

Principal:

- Disminuir la incidencia de aparición de úlceras en población con EAP.

Secundarios:

- Dar a conocer a toda la población con EAP los autocuidados diarios necesarios para evitar su progresión.
- Incentivar a la población que padece EAP a realizar los autocuidados, ayudándolos a comprender la relevancia de los mismos.

METODOLOGÍA

Tras realizar una revisión de guías de práctica clínica y documentos de consenso, hemos recopilado y agrupado las diferentes recomendaciones orientadas a evitar la progresión de EAP trasladándolas a un formato gráfico.

RESULTADOS

El póster se presentará como novedad en este evento científico, antes de proceder a su difusión tanto a los profesionales como a la población afectada.

CONCLUSIÓN

Un póster explicativo carente de texto, con imágenes fácilmente identificables e intuitivas que describen las medidas de prevención, puede ser una herramienta útil para el profesional de enfermería que ha de realizar educación sanitaria sobre autocuidados en el paciente que sufre EAP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Documento de consenso C.O.N.U.E.I. 2009
2. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de las enfermedades arteriales periféricas. Rev Esp Cardiol. 2012; 65(2):172.e1-e57
3. Suárez C, Lozano FS, coordinadores, Bellmunt S, Camafort M, Díaz S, Mancera J, Carrasco E, Lobos JM. Documento de consenso multidisciplinar en torno a la enfermedad arterial periférica. 1.ª ed. Madrid: Luzán 5, S.A.; 2012
4. Gerhard-Herman MD, et al. 2016 AHA/ACC Lower Extremity PAD Guideline: Executive Summary
5. Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético de la Asociación Española de Enfermería Vasculare y Heridas. 3ª Edición. 2017

COMPLICACIONES DE LA TERAPIA DE PRESION NEGATIVA.

Autores: Portillo-Gañán MJ, Suárez-García R, Conde-Torres R, López-Galán A, Plaza-Veliz M, Olmeda-Arcos E.

Área Básica de Salud (ABS) Jacinto Verdaguer. Hospitalet de Llobregat. Instituto Catalán de Salud (ICS).

Contacto: mariajo2008@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

La Terapia de Presión Negativa (TPN) es una terapia que favorece la resolución de las lesiones complicadas y/o de larga evolución, no obstante esto hay que tener en cuenta que este tipo de sistemas pueden presentar complicaciones secundarias que precisan una detección precoz de las mismas.

OBJETIVOS

Prevenir posibles complicaciones derivadas del uso de la TPN.

METODOLOGÍA

Paciente de 82 años presenta úlcera venosa crónica de 7 años de evolución debido al estancamiento de la lesión se decide inicio con TPN para favorecer la granulación y acelerar el proceso. Al inicio de la terapia la úlcera presentaba lecho granulado, sin signos de infección y con un exudado moderado.

RESULTADOS

Día 1: Inicio TPN

Día 3: La paciente acude a realizar el primer cambio del apósito y presenta eritema en zona pre-tibial secundario a la sonda del dispositivo; Se realiza nuevamente la cura con TPN recubriendo la sonda

Día 7: La paciente acude a realizar nuevo cambio de apósito y se observa una lesión de 2x2 cm, con pérdida de la integridad cutánea y sin signos de infección en zona pre-tibial como consecuencia de la sonda. A pesar de esta complicación se decide continuar con el tratamiento dada la favorable evolución de la úlcera inicial y se coloca la sonda de la TPN en la parte exterior del vendaje de compresión, evitando así zonas de presión.

Día 10: La paciente acude para nuevo cambio de TPN, la úlcera previa presenta una correcta evolución, pero la

nueva lesión secundaria a la sonda del dispositivo presenta lecho esfacelado y el mismo tamaño.

Día 14: La paciente acude a último día de TPN. La úlcera venosa al inicio de la terapia medía 3,6x4, 1 cm y tras finalizarla se consigue la reducción hasta 3x3, 4 cm.

CONCLUSIONES

La TPN es una terapia eficaz para la resolución de úlceras, no obstante debemos tener en cuenta la importancia de prevenir las posibles complicaciones que puedan derivar tanto de la técnica como del dispositivo. En el caso descrito la fragilidad de la piel de la paciente ha sido un hándicap para la aparición de nuevas lesiones.

ABORDAJE DE UNA ÚLCERA VENOSA EN PACIENTE CON ALZHEIMER.

Autoras: Portillo-Gañán MJ, Humanes-Arrabal A, Aspas-Cutanda MC, Olmeda-Arcos E, Plaza-Veliz M, Marqués-Vega M.

Área Básica de Salud (ABS) Jacinto Verdaguer. Hospitalet de Llobregat. Instituto Catalán de Salud (ICS).

Contacto: mariajo2008@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

La presencia de tejido necrótico y/o esfacelar en el lecho de las lesiones junto con abundante exudado, no solo representan un obstáculo mecánico que impide el proceso de cicatrización sino que además, genera unas condiciones idóneas en el lecho para la proliferación bacteriana que pueden acabar llevando a la aparición de un proceso de colonización o infección de las heridas.

OBJETIVOS

Conseguir la resolución de la úlcera con la máxima eficacia y efectividad manteniendo la integridad cutánea para evitar la aparición de nuevas úlceras, preservando en todo momento el confort del paciente.

METODOLOGIA

En este caso clínico, se presenta una paciente de 87 años con los siguientes antecedentes de interés: insuficiencia cardíaca, arritmia cardíaca por fibrilación auricular, insuficiencia venosa, demencia, estenosis grave en bifurcación femoral y oclusión poplítea. Valor Índice Tobillo-Brazo (ITB) en el lado derecho de 1,6 y en el izquierdo 0,9.

RESULTADOS

El tratamiento con fibras poliabsorbentes con plata durante el periodo de seis semanas (del 3/03/2017 al 19/04/2017) permite una buena evolución de las heridas que continuarán tratándose con fibras poliabsorbentes sin plata hasta su completa reepitelización a los tres meses.

CONCLUSIONES

Las fibras poliabsorbentes de plata utilizadas en el tratamiento de heridas crónicas destruyen el tejido desnaturalizado por lo que permiten una correcta y completa cicatrización de las úlceras.

LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA ABRE UNA NUEVA VENTANA EN LAS CURAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autoras: Portillo-Gañan MJ, Humanes-Arrabal A, Marques-Vega M, Plaza-Veliz M, Aspas-Cutanda MC, Suárez-García R.

Área Básica de Salud (ABS) Jacinto Verdaguer. Hospitalet de Llobregat. Instituto Catalán de Salud (ICS).

Contacto: mariajo2008@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

Caso clínico de una paciente de 82 años pluripatológica intervenida de prótesis de cadera que presenta como complicación la pérdida de sensibilidad y la desviación lateral del talón (pie valgo), secundario a la disección del nervio ciático. La paciente precisó inmovilización con férula rígida correctora de la posición y como consecuencia la aparición de una úlcera por presión e zona talar grado IV.

OBJETIVOS

Cicatrización total de la lesión y mejora de la calidad de vida de la paciente.

METODOLOGÍA

En junio del 2015 se inicia desbridamiento mecánico combinado con curas en ambiente húmedo con diferentes tipos de apósitos adaptándolos a la fase de la lesión. Tras las diferentes curas la úlcera por presión evolucionó favorablemente en su fase inicial de grado IV a grado III, pero posteriormente presentó una ralentización en la resolución que precisó buscar nuevas estrategias de tratamiento. Dadas las características de la lesión y su evolución tórpida se decide iniciar tratamiento con Terapia de Presión Negativa (TPN) ambulatoria, la cual permite favorecer la granulación, controlar el exudado y posteriormente una epitelización de la misma.

RESULTADOS

Día 1: Se inicia cura con TPN. Presenta dimensiones 1,5 x 1,7 cm, profundidad 5mm y volumen: 0,6cc. Presenta exudado seroso, maceración de zona perilesional y lecho granulado.

Día 3: Se realiza primer cambio. Presenta dimensiones 1,3 x 1,5 cm un y volumen 0,4cc.

Día 6: Exudado moderado. Piel perilesional conservada. Volumen 0,3 cc.

Día 12: Se realiza cambio de apósito y se observa reducción de la lesión con un tamaño 0,9 cm x 0,9 cm y volumen 0,2 cc.

Día 16: Se retira dispositivo de TPN con los resultados de tamaño 0,7cm x 0,6 cm y volumen 0,2 cc. Se deja la lesión preparada para iniciar cura con apósito bioactivo de alginato para finalizar epitelización.

CONCLUSIONES

El acceso de forma ambulatoria a la TPN para la resolución de úlceras cavitadas y de larga evolución permite una aceleración del crecimiento del tejido de granulación, un buen control del exudado evitando así la maceración de la zona

perilesional y reduce el riesgo de infección. Por tanto, la TPN ambulatoria puede considerarse una buena opción en el abordaje de las curas en atención primaria.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS COSTES ENTRE LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA Y LA CURA HUMEDA CONVENCIONAL.

Autores: Portillo-Gañan MJ, Conde-Torres R, Marques-Vega M, Humanes-Arrabal A, Plaza-Veliz M, López-Galán A.

Área Básica de Salud (ABS) Jacinto Verdaguer. Hospitalet de Llobregat. Instituto Catalán de Salud (ICS).

Contacto: mariajo2008@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

La atención a personas con heridas complejas que evolucionan a la cronicidad supone una inversión de recursos sanitarios tanto materiales como humanos que conlleva un incremento de los costes en Atención Primaria. A continuación se presenta el análisis de los costes en un caso real de un paciente al que se le realizaron en un inicio curas en ambiente húmedo y más adelante se modificaron a curas con Terapia de Presión Negativa (TPN).

OBJETIVO

Evidenciar el coste-eficiencia de la TPN en contraposición con la Terapia Convencional de Cura Húmeda (TCH).

MÉTODO

El estudio de costes se realiza a partir del cálculo de los valores, tanto materiales como personales, desde el inicio de las curas en ambiente húmedo, durante un año y realizando curas cada 12 horas, en comparación con los valores obtenidos desde el inicio de la cura con TPN realizada durante 24 días.

RESULTADOS

Los cálculos realizados evidencian una reducción significativa de costes tanto materiales como humanos, donde el ahorro alcanza el 67%.

Cálculo material TPN	Cálculo material TCH
4 packs x 8curas = 480,00 €	Apósitos/gasas/hidrocoloides = 1.022,40 €
Ahorro económico: 1.022,40 - 480,00 = 544,40 €	
Cálculo del tiempo empleado con TPN	Cálculo del tiempo empleado con TCH
25' consulta x 8 curas =160 minutos	(365 días x 2 curas diarias)x 20' consulta = 10.800 minutos
Ahorro de tiempo: 10.800 - 160 = 10.640 minutos (177,33 h)	

CONCLUSIONES

El cálculo de este coste sanitario debería contribuir a consolidar el uso, previo estudio del caso, de la TPN en Atención Primaria.

Los resultados obtenidos apoyan la eficiencia y la seguridad de la TPN aunque actualmente no hay base científica que avale tal evidencia ya que los ensayos clínicos existentes presentan limitaciones en el tamaño muestral y metodológicas.

EVALUACIÓN CLÍNICA DEL MANEJO TERAPÉUTICO DE BARRERA CUTÁNEA PROTECTORA FRENTE A FACTORES EXTERNOS Y LA IRRITACIÓN CAUSADA POR FLUIDOS CORPORALES, EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS, PEDIÁTRICOS Y NEONATOS.

Autores: Puentes-Sánchez J, Pardo-González CM, Negre-Gubern I.

Consulta de heridas crónicas. Hospital Torrecárdenas. Almería.
BSN Medical, Barcelona.

Contacto: isabel.negre@bsnmedical.com

INTRODUCCIÓN

La integridad física de la piel y la correcta funcionalidad de los tejidos que la integran garantizarán que la protección que ejerce este órgano sea realmente efectiva. Existe una serie de situaciones y alteraciones dermatológicas que implican una cierta disfunción en la capacidad barrera de la piel. En estos casos debe actuarse sobre este punto y aportar una serie de medidas que refuercen o restauren esta función protectora deficitaria

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia de Cutimed Protect en la protección de la piel en varias indicaciones.

Cuidado de la piel en incontinencia Urinaria y fecal, de la piel sana periférica de la irritación que provoca el jugo gástrico en gastrostomías, piel sana de la zona perilesional en heridas y estomas.

Protección de la piel debajo de esparadrapos y/o apósitos, de la fijación de las estructuras de las vías periféricas y vías centrales, dermatitis.

Valorar la Facilidad de aplicación y la seguridad en la utilización

MATERIAL Y MÉTODO

Evaluación clínica no aleatoria de la efectividad de Disiloxano, copolímero acrílico. Cutimed Protect Spray y Cutimed Protect Crema.

65 pacientes: 38 Adultos (Media de edad 56 años), 27 Niños (Desde 3 días hasta 14 años). Duración de la evaluación : 1 mes

Se procede a realizar un estudio durante el primer semestre del 2017 con un enfoque cuantitativo, mediante un estudio descriptivo. Los pacientes tanto adultos como pediátricos eran captados por los mandos intermedios responsables de las áreas de hospitalización (Medicina Interna, Oncología Adultos, Oncología pediátrica, Neonatología, UCI-Adultos y UCI-Pediátrica) y derivados al enfermero consultor de heridas crónicas del complejo Hospitalario Torrecárdenas.

RESULTADOS

La efectividad del producto ha sido manifiesta en los 65 pacientes del estudio.

A ninguno de los 38 adultos y 27 niños se ha observado en la zona aplicada ninguna molestia (prurito, escozor, dolor, eritema, sequedad, edema, maceración, descamación.. entre ellos 11 adultos y 3 niños estaban en tratamiento con quimioterapia durante la evaluación.

A todos los pacientes se les hizo un seguimiento repartido, en el turno siguiente a la aplicación, a las 12h, a las 24h, a las 48h, a la semana a las 2 semanas y a las 4 semanas.

CONCLUSIÓN

Cutimed Protect Spray y Cutimed Protect crema son una protección eficaz de la piel en todas las indicaciones testadas, además representan una medida completamente segura para los pacientes.

En ninguno de los casos Cutimed Protect presentó un efecto adverso.

EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE CUTIMED PROTECT COMO BARRERA PROTECTORA EN NEONATOS, PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS Y PACIENTES PEDIÁTRICOS.

Autores: Pérez-Acevedo G, Negre-Gubern I.

Hospital San Joan de Deu, Barcelona
BSN Medical.

Contacto: isabel.negre@bsnmedical.com

OBJETIVO

Valorar la eficacia y seguridad de Cutimed Protect en pacientes pediátricos y neonatos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una evaluación en trece pacientes que presentan diferentes patologías según la siguiente distribución:

Nº Pacientes 13	Neonatos 7 Pediátricos 6
Edad	Entre 15 días-16 años
Localización	Varias localizaciones
Pacientes inmunodeprimidos	10
Patología	Diversas patologías
Aplicación	C/24h-4 días
Duración evaluación	15-30 días

Se presenta el caso de un paciente de 3 meses de edad con fracaso intestinal y síndrome de intestino corto secundario a gastrosquisis que después de cirugía para cierre de ostomía realiza dehiscencia de la herida quirúrgica.

Localmente la herida presenta abundante exudado seropurulento con eritema perilesional, por este motivo iniciamos tratamiento con Cutimed Protect con el objetivo de eliminar el eritema y proteger la piel perilesional.

El 16-06-2017 se limpia la herida, se realiza cultivo, se inicia tratamiento de la dehiscencia con terapia de presión negativa previa protección cutánea mediante Cutimed Protect. A los 17 días la herida está totalmente epitelizada.

RESULTADOS

En todos los casos se ha reducido y/o desaparecido el eritema, la protección de la piel perilesional es excelente, contribuyendo a la cicatrización además no se ha producido ningún efecto adverso.

Manejabilidad	Fácil de usar y aplicar
Efectos adversos	Ninguno
Efecto barrera	Protección total
Piel perilesional	Reducción del eritema Protección de la piel Protege de la maceración

La valoración global de Cutimed Protect ha sido excelente en todos los aspectos, en un caso la facilidad de uso se ha descrito cómo aceptable, en ningún caso se ha producido un efecto adverso.

Valoración Global	Excelente/Bueno
Facilidad de uso	85%
Protección de la piel frente al traumatismo adhesivo	100%
Reduce el enrojecimiento e irritación de la piel	100%
Contribuye a la adherencia de apósitos y catéteres	100%
Previene o reduce la maceración de la piel	100%
Protege la piel alrededor de tubos y catéteres	100%
Reduce el eritema perilesional	100%
Reduce/Previene la dermatitis del pañal	100%
Protege/Barrera frente a la humedad	100%
Libre de dolor durante la aplicación /retirada	100%
Efectos adversos	0%

CONCLUSIONES

Cutimed Protect ha resultado ser una medida terapéutica segura y efectiva, en la protección de la piel integra en neonatos, pacientes pediátricos e inmunodeprimidos contribuyendo a la cicatrización de las lesiones, protege de la piel frente al traumatismo adhesivo, Reduce el enrojecimiento e irritación de la piel, previene y reduce la maceración, reduce el eritema perilesional y actúa de barrera frente a la humedad.

EVALUACIÓN CLÍNICA DE UN NUEVO APÓSITO DE CAPTACIÓN BACTERIANA.

Autoras: Merino-Vidal S, Pingarrón-Montes MT, Ferrer-Salort S, Puchol-Devesa MJ, Sendra-Marco JC, Anduig-Viñarta MT.

Centro de salud de oliva (Valencia)

Contacto: isabel.negre@bsnmedical.com

OBJETIVO / CASO CLÍNICO

Paciente de 77 años con deterioro cognitivo desde hace 9 años, diagnosticado de Alzheimer que presenta una UPP en talón derecho. Hipertenso y con dislipemia.

Dependiente para ABVD, imposibilidad para andar. Pasa la mayor parte del tiempo sentado en una silla de ruedas donde el paciente tiende a apoyar los talones en los pies de dicha silla y por tanto ejerciendo un presión constante en los talones.

VALORACION DE LA LESIÓN

UPP (Es una lesión tisular que aparece en cualquier parte del cuerpo como consecuencia de disminución de oxígeno y nutrientes producida por una presión y una fricción prolongada) en Estadio III: Escara necrótica en talón derecho.

- Tamaño 7*4cm
- Exudado escaso, desequilibrio de la humedad.
- Piel perilesional macerada
- Mal olor, signos de infección

Al retirar la escara mediante desbridamiento cortante, presenta tejido desvitalizado y esfacelado:

T: tejido esfacelado y desvitalizado

I: Signos de infección + mal olor (se recoge muestra cultivo herida y tras resultado se inicia ATB oral)

M: Exudado escaso, desequilibrio de la humedad.

E: piel perilesional macerada

MATERIAL Y MÉTODO

- Curas c/24 h, fomento con solución polihexanida más colagenasa más hidrogel para realizar desbridamiento enzimático. En algunas curas se realiza desbridamiento cortante para ayudar a eliminar tejido esfacelado. Y se protege la cura con talonera.

- Cultivo positivo para Escherichia coli y Enterobacter. ATB oral (ciprofloxacino+amoxicilina) durante 10 días (por orden MAP)

- Pasados 14 días se observa tejido de granulación en bordes y disminución de esfacelos en lecho de la herida. Se inicia tratamiento con malla antimicrobiana (Cutimed® Sorbact®) para tratar la infección local + hidrogel para promover la cura en ambiente húmedo y favorecer su actuación. Se protegen bordes de la herida (piel perilesional) con crema barrera protectora. Las curas se realizan c/48h.

RESULTADOS

Pasados 60 días la herida disminuye de tamaño y prácticamente está cicatrizada.

Proporciona calidad de vida al paciente y disminución del dolor

CONCLUSIONES

El uso de un producto único e inocuo, como Cutimed® Sorbact®, para prevenir y tratar la infección ha resultado ser muy útil en la curación y cicatrización de las heridas de talón, disminuyendo el tiempo y los efectos secundarios

TECNOLOGÍA SORBACT Y TERAPIA DE COMPRESIÓN EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERA DE ORIGEN VASCULAR.

Autoras: Ferrer-Salort S, Puchol-Devesa MJ, Merino-Vidal S, Pingarrón-Montes MT, Blay-Mengual L, Anduig-Viñarta MT.

Centro de salud de oliva (Valencia)

Contacto: isabel.negre@bsnmedical.com

OBJETIVO

Evaluar la eficacia de la tecnología Sorbact en el tratamiento de heridas de origen vascular con elevada carga bacteriana

ANTECEDENTES

Paciente que procede de centro socio-sanitario remitido de la óptica por que presenta Dolor ocular derecho, opresión, inyección ciliar y lagrimeo.

Presenta Alergia a penicilina. No HTA, No DM, no dislipemia. Gota, HFT. Tratamiento con Alopurinol 300 mg/30 comprimidos. Inicio 3/02/2017

MATERIAL y METODO

Paciente de 68 años (Con antecedentes de gota, no presenta HTA, no Diabetes, paciente que deambula y hace vida completamente normal) presenta úlcera de origen vascular en miembro inferior curado los primeros 6 meses con otros productos y tras seis meses de tratamiento las lesiones no evolucionan adecuadamente, se decide un cambio de tratamiento, el lecho de la herida presenta fibrina y elevada carga bacteriana.

El 27/06 se inician curas con Cutimed® Sorbact® apósitos impregnados con DACC antimicrobiano que funciona mediante un método físico de atracción bacteriana que reduce la carga bacteriana en cada cambio de apósito + hidrogel que aporta humedad y promueve el desbridamiento + vendaje especial compresivo bi-capa

Los apósitos Cutimed® Sorbact® combinan características únicas en su superficie para unir y eliminar bacterias y hongos de la herida.

Los microorganismos se unen irreversiblemente a su superficie y son eliminados en cada cambio de apósito. La carga bacteriana en heridas contaminadas y colonizadas se reduce en un elevado porcentaje.

RESULTADOS

Las heridas mejoraron notablemente, hasta que se le dio de alta el 11/09/17 fecha de la última foto.

CONCLUSIÓN

Cutimed® Sorbact® Atrapa y elimina microorganismos de la herida gracias a su superficie modificada, ha resultado ser una medida terapéutica eficaz en el tratamiento de lesiones de origen vascular.

BIBLIOGRAFÍA

Stanirowski et al., "Randomized controlled trial evaluating dialkylcarbamoyl chloride impregnated dressings for the prevention of surgical site infections in adult women undergoing caesarean section", 2016

VERSATILIDAD DE UN APÓSITO ANTIMICROBIANO IMPREGNADO EN CLORURO DE DIALQUIL-CARBAMILO EN HERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZACIÓN.

Autores: Pérez-Paredes A, Álvarez-Ordiales A, García-Molina P, Balaguer-López E.

Hospital Clínico Universitario de Valencia

Contacto: alpe1591@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Un elevado porcentaje de úlceras de difícil cicatrización atraviesan durante su evolución periodos de desequilibrio de la carga bacteriana que es preciso manejar para avanzar hacia la curación. Los clínicos disponen de un amplio abanico de productos antimicrobianos de uso local para el control de la carga bacteriana, basados generalmente en componentes como la plata o el yodo. Más recientemente se ha incorporado a la batería de materiales en el mercado una nueva herramienta en el manejo de la carga bacteriana basada en el uso de un derivado del ácido grasoso Cloruro de Dialquil-carbamilo (DACC).

OBJETIVO

Mostrar la versatilidad de un apósito impregnado en DACC en el tratamiento de lesiones cutáneas y tisulares de diferente etiología y localización.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han recopilado documentos gráficos de elaboración propia que ilustran la versatilidad de este tipo de apósitos en diferentes tipos de lesiones con pérdida de la integridad cutánea en una unidad especializada en el manejo de lesiones cutáneas de difícil cicatrización.

CONCLUSIONES

Los apósitos impregnados en DACC poseen una capacidad antimicrobiana demostrada, y ofrecen una serie de ventajas para un manejo óptimo de la carga bacteriana en heridas de diferentes etiologías con desequilibrio de la carga bacteriana o en alto riesgo del mismo.

USO DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS EN ÚLCERAS CRÓNICAS.

Autores: Gálvez-Diéz N, Fabra-García I, Santos-Barquita M, Arnandis-Muñoz A.

Servicio de Dermatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

Contacto: aam.uv@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El plasma rico en plaquetas (PRP) es la fracción de plasma derivado de la sangre autóloga, que después de ser procesada, presenta una concentración de plaquetas que es mayor a la basal. Se ha utilizado como terapia adyuvante en el tratamiento de úlceras crónicas. Tiene propiedades como medio sellante y excipiente, con un potente efecto antiinflamatorio, estimula la cicatrización y en algunos

trabajos ha demostrado poseer actividad antimicrobiana contra ciertos microorganismos. Presentamos el caso de una úlcera crónica externa abdominal que presentó una excelente respuesta a dicho tratamiento tras la aplicación de únicamente seis sesiones.

MÉTODOS

Mujer de 86 años, como antecedentes personales destaca una fibrilación auricular, cardiopatía isquémica y dislipemia en tratamiento. Presenta una úlcera externa abdominal, no infectada, de 17 años de evolución secundaria a una herniación tras cirugía abdominal por apendicectomía complicada con peritonitis. Había mantenido durante varios años múltiples curas húmedas convencionales utilizando lavados con suero fisiológico, corticoides tópicos, inhibidores de la calcineurina, apósitos con impregnación argéntica e hidrocelulares con adhesivos de silicona con mejoría parcial sin llegar a curar la úlcera. Ante la evolución tórpida, se decidió iniciar el uso de PRP.

RESULTADOS

Tras la administración de PRP cada 2 semanas durante un total de 6 sesiones se consiguió la curación total, sin recidivas posteriores en sucesivos controles en la unidad especializada en úlceras de nuestro hospital.

CONCLUSIONES

Aunque la mayoría de las úlceras cicatrizan con una cura húmeda, un 20% no lo hacen, constituyendo un grupo de úlceras difíciles de curar (Hard to Heal) siendo importante para su manejo un enfoque multidisciplinar, de forma ideal en unidades de úlceras, con la colaboración de enfermería y especialistas médicos. En muchas ocasiones acaban siendo necesarias terapias avanzadas entre las que destaca en los últimos años el desarrollo del PRFC. Se trata de una terapia no exenta de costes pero que empleada de forma adecuada, como en nuestro caso, acelera la curación de casos que consumen muchos recursos sanitarios, tanto apósitos como tiempo del personal sanitario y alteran la calidad de vida de los pacientes.

En nuestro caso el empleo del PRP fue decisivo para la curación de una úlcera de 17 años de evolución, por lo que animamos al personal especializado a tener en cuenta esta técnica avanzada en sus úlceras Hard to Heal.

INFORMACIÓN PARA PACIENTES CON ESCABIOSIS.

Autores: Sierra-Talamantes C, Zaragoza-Ninet V, Zamora-Ortiz J, Peris-Caballero JE, Díez-Fornes P, Palomar-Llatas F.

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Contacto: malacu@ono.com

INTRODUCCIÓN

La escabiosis es una enfermedad de la piel causada por un ácaro, llamado *Sarcoptes Scabiei*, que penetra debajo de la piel, cava túneles y deposita sus huevos y mueren. Sus larvas pueden salir al exterior a través de los túneles y contagiar la misma piel del individuo o de otra persona. El

principal medio de contagio es el directo con una persona infectada aunque el ácaro puede sobrevivir hasta 3 días en tejidos (sofás, vestidos etc.).

El síntoma principal es el prurito o picazón, que comienza a las 2 -3 semanas tras la infestación y suele ser más intenso durante la noche.

OBJETIVO

Facilitar de forma sencilla, mediante un folleto informativo, los pasos a seguir para su tratamiento, para erradicar el acaro del entorno y para prevenir el contagio.

MÉTODO

Para la elaboración del folleto nos apoyamos en la revisión bibliográfica y en la experiencia profesional en el tratamiento de la enfermedad, reforzando los aspectos que más habitualmente conducen al fracaso del tratamiento.

RESULTADOS

Se elaboró un folleto con 4 apartados:

- Información de la enfermedad
- Transmisión de la enfermedad
- Sintomatología de la enfermedad
- Tratamiento y prevención de la enfermedad:
 - Medidas para eliminar el ácaro de la piel
 - Medidas para eliminar el ácaro del entorno
 - Seguimiento de la enfermedad tras la realización del tratamiento

CONCLUSIONES

Los folletos informativos son una buena herramienta para reforzar la adherencia y la correcta aplicación del tratamiento y colaborar en la prevención de la transmisión de la enfermedad

TERAPIA CON LAMINAS DE SILICONA EN CICATRICES.

Autores: Palomar-Llatas F, Sierra-Talamantes C, B Fornes-Pujalte, Castellano-Rioja E, Díez-Fornes P, Bonías-López J, Peris-Caballero JE.

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Contacto: federicop43@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Tras el cierre de una herida bien quirúrgica (agudas) e incluso crónica, se constituye una cicatriz formada por un tejido fibroso y falta de elasticidad, por falta de hidratación de este tejido neoformado. Al ocluir esta zona con láminas de silicona, producto hidrofóbico hace posible la no transpirabilidad del agua de la dermis al exterior y mantener con ello una piel más elástica e hidratada consiguiendo con ello una piel más estética.

OBJETIVOS

Establecer las recomendaciones más eficaces para el tratamiento tópico de las cicatrices agudas. Establecer las recomendaciones más eficaces para el tratamiento tópico

de las cicatrices neoformadas (queloides). Conseguir una mayor elasticidad y estética de la piel con cicatrices

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional prospectivo en la consulta de heridas F. Palomar y la colaboración de la Cátedra Integridad y Cuidado de la Piel (Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir"), con un total de 25 pacientes con cicatrices.

El estudio está basado en la aplicación sobre la cicatriz de una lámina de silicona. Los ítems a valorar son: Edad, Sexo, Intervención, Tiempo desde la intervención (en días), Medición humedad transcutánea pre y post, Iconografía, Medidas, Eritema, Inflamación, Prurito, Eczematización, Dolor a la retirada, Confortabilidad al paciente

RESULTADOS

De los 25 pacientes a estudio el 64% corresponde a mujeres (16) y el 36% a hombres (9), los pacientes presentan una edad media de 38'8 años.

La etiología de las cicatrices han sido: 12% en colgajos cutáneos, extirpación de quistes cutáneos un 28%, irugia lumbar un 4%, cirugía externa el 8%, cirugía de rodilla un 12%, maxilar un 4%, mama, 4%, hernias 8%, lipectomía 8%, extirpación de carcinomas basocelular un 8% y cirugía de tiroides un 4%. Los signos que presentaban y variables a estudio previo al tratamiento con láminas de silicona fue: Vesículas pericicatriz un 6%, signos de inflamación 12%, eritema un 13%, prurito un 25%, dolor un 44% y ningún caso presentó ecematización perilesional.

La media de tratamiento de las cicatrices portadoras de láminas de silicona fue de 47'8 días con una reducción en el 25% de prurito del 50%, al igual que en el 12% de inflamación se redujo al 50% de los casos, no presentando el resto de variables ningún signo. La confortabilidad por parte de los pacientes sobre 10 ha sido de 8'32.

CONCLUSIONES

El bienestar general de los pacientes en las cicatrices ha sido favorable tanto en signos como en confortabilidad.

AMPOLLAS ACRALES POR ULTRAVIOLETA A Y PSORALENO.

Autores: González-Delgado S, Llera-Llera MJ, Vázquez-Osorio I.

Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias

Contacto: latitasoni@gmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La utilización de fuentes de luz artificial para el tratamiento de enfermedades se viene realizando desde el siglo pasado (1925).

En la unidad de fototerapia del Hospital Universitario de Cabueñes hemos observado la aparición de ampollas acrales autolimitadas, indoloras y sin eritema previo, que no encajan con los efectos secundarios descritos en los principales consensos publicados.

El presente trabajo pretende saber más de estas ampollas: ¿Qué son? ¿Por qué se producen? ¿Qué actitud terapéutica sería la apropiada ante su aparición? ¿Qué cuidados requieren? ¿Son un efecto secundario infrecuente o más bien infradiagnosticado? ¿Qué otras patologías debemos descartar ante su aparición?

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de las historias clínicas de los pacientes que recibieron tratamiento con PUVA oral y/o baño-PUVA en la unidad de fototerapia del Hospital Universitario de Cabueñes de Gijón desde el año 2009 hasta la actualidad. Además, se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos (PubMed, MEDS y Epistemonikos) utilizando los siguientes títulos de temas médicos (MeSH): "PUVA and bullae", "PUVA and bullous" y "PUVA and acralbullous".

RESULTADOS

Se encontraron 5 casos (2 mujeres y 3 hombres) con una media de edad de 65,8 años, que desarrollaron ampollas acrales durante el tratamiento con PUVA.

En el estudio histológico se observó una ampolla subepidérmica, sin infiltrado inflamatorio dérmico y con estudio de inmunofluorescencia directa (IFD) negativo, lo que descarta un penfigoide ampolloso o ampollas por quemadura. Las lesiones curaron de forma espontánea en pocos días sin dejar cicatriz ni alteraciones de la pigmentación. Los cuidados que requieren las ampollas acrales por terapia PUVA no están contemplados en la bibliografía revisada.

CONCLUSIONES

Las ampollas acrales secundarias a la terapia PUVA, son un efecto secundario que debemos de tener en cuenta. Es importante conocerlas ya que su aparición no implica la interrupción del tratamiento, y diferenciarlas de otras patologías que sí van a requerir la interrupción de las sesiones.

Es importante fomentar un papel activo de la enfermería dentro de los órganos de decisión e investigación en el campo de la fototerapia. El trabajo diario, la investigación de calidad y la publicación científica constituyen la "silla" que permitirá a la enfermería ocupar el puesto que le corresponde en la mesa de decisiones dentro del ámbito de la Fototerapia.

MEJORAR LA CICATRIZACIÓN DE LAS LESIONES.

Autores: Homs-Romero E⁽¹⁾, Romero-Collado A⁽²⁾.

(1) ICS. Institut Català de la Salut. EAP Ernest Lluch de Figueres.

(2) UdG. Universitat de Girona

Contacto: ericahr@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Cuando la piel ha sufrido una pérdida de continuidad en su cierre aparece la cicatriz. La apariencia de esta cicatriz puede variar según las características de la herida como son: la localización, sobre todo si se localiza en zonas de pliegue, el diámetro y profundidad, si la evolución ha sido

tórpida y evidentemente la edad del paciente. Entre la cicatriz post sutura de la lesión y la cicatriz definitiva aparece la fase de remodelación en la que se puede incidir para mejorar su aspecto y sintomatología.

La fase de remodelación se caracteriza por ser una fase lenta que puede durar de meses a años donde el colágeno es el elemento clave para que la piel recupere parte de la elasticidad perdida, iguale la coloración con la piel normal y no presente un volumen diferente. Además esta fase puede provocar molestias ya que la sintomatología habitual que aparece es picor, tensión y escozor interno. Actualmente disponemos de productos que mejoran esta sintomatología, reducen el tiempo de la remodelación y mejoran el aspecto visual de la cicatriz. Pero hay que incidir en la parte estética de esta lesión como repercusión en la autoestima del paciente según localización y aspecto definitivo que presente porque ello puede repercutir en la autoestima y por ende la calidad de vida.

OBJETIVOS

Explorar la eficacia de un gel de silicona en la cicatriz resultante de un proceso de remodelación.

METODOLOGÍA

Se estudia la evolución de la remodelación de las cicatrices de 5 pacientes tras haber sufrido una intervención quirúrgica. Cuando el paciente consulta con su enfermera de Atención Primaria para la retirada de la sutura se le ofrece la posibilidad de utilizar un producto que ayuda a mejorar el aspecto y sintomatología de su cicatriz. Se realiza una educación al paciente en la aplicación del producto y se le cita cada mes hasta cumplir 90 días de tratamiento para realizar una fotografía. Se incluye un paciente con una quemadura de 2 grado una vez cicatrizada para valorar el efecto del gel en este tipo de cicatrices, con la misma metodología.

RESULTADOS

Todos los pacientes afirman la mejora de su cicatriz en menor tiempo respecto a cicatrices anteriores que presentan y explican la disminución de la sintomatología tanto en picor como la sensación de tirantez.

CONCLUSIONES

La aplicación de un gel de silicona sobre una cicatriz mejora el aspecto en la coloración y el volumen en menor tiempo en relación a la evolución natural de la fase de remodelación de la piel. La sintomatología típica de las cicatrices se ve mermada e incluso desaparece ofreciendo una satisfacción al paciente que las sufre.

TE PIQUE LO QUE TE PIQUE.

Autoras: Landete-Belda L, Alfonso-López A.

Hospital Arnau de Vilanova de Valencia

Contacto: lylanbel@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las picaduras pueden acarrear serios problemas de salud, tanto locales como sistémicos, especialmente en personas con patologías crónicas que predispongan a una evolución tórpida. Su diagnóstico se basa en datos clínicos y epidemiológicos, de laboratorio y serología.

Se presenta un caso en el que, inicialmente, se sospecha picadura por garrapata o araña violinista, con importante afectación a nivel cutáneo. La evolución de la lesión y sus características, se sospecharon finalmente relacionadas con la predisposición individual en una paciente diabética.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer, 85 años. Independiente. Diabética no insulino dependiente. Acude a urgencias hospitalarias por celulitis y necrosis en brazo izquierdo. Refiere picadura hace 15 días, que se ha autotratado, alargando el tiempo de atención sanitaria adecuada.

Constantes mantenidas, sin otra sintomatología. Pulsos conservados y ausencia de signos de compresión.

En imágenes se observan cambios inflamatorios de piel y tejido subcutáneo con espacios aéreos y dudosa afectación de fascia. Se confirma el diagnóstico médico de fascitis necrotizante, aunque la evolución atípica de la lesión hace dudar sobre el agente causal. Se desconocen resultados analíticos y biológicos (no solicitados).

Es intervenida en quirófano de urgencia para desbridamiento e instauración de antibioterapia precoz de amplio espectro.

Durante su estancia hospitalaria, refiere mínimo dolor. Inicialmente se observa sangrado de la lesión que requiere cambios de vendaje y hemostasia. Posteriormente, la cura tópica se manejó con limpieza exhaustiva, apósito primario en malla impregnado, compresas y vendaje de contención, con el objetivo de resolución por parte del equipo de cirugía plástica en el hospital de referencia, que practica injerto de espesor parcial. Es dada de alta a los 7 días sin complicaciones.

Se establece los siguientes diagnósticos enfermeros:

- Deterioro de la integridad cutánea
- Deterioro de la integridad tisular
- Riesgo de infección
- Dolor agudo
- Riesgo de disfunción neurovascular periférica
- Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud
- Conocimientos deficientes

DISCUSIÓN DEL CASO

Las picaduras implican una puerta de entrada a nuestro organismo, pudiendo suponer un importante problema, por lo que la atención a síntomas de alarma debe ser urgente y más aún en pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes. Enfermería desde el punto de vista educacional tiene una importante labor, además del manejo de la lesión.

En el presente caso, la infravaloración de una lesión, en principio banal, en una paciente diabética, hizo que ésta evolucionara hacia un deterioro de la integridad cutánea grave, requiriendo exéresis e intervención quirúrgica.

CONTROL DE LA CARGA BACTERIANA EN HERIDAS CRÓNICAS: NUEVOS AVANCES EN APÓSITOS ANTIMICROBIANOS.

Autores: Rumbo-Prieto JM⁽¹⁾, Arantón-Areosa L⁽¹⁾, Cortizas-Rey JS⁽¹⁾, Sánchez-Gálvez J⁽²⁾, Pérez-Villaverde P⁽³⁾.

(1) Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol. Servizo Galego de Saúde (Sergas)

(2) Policlínica Virgen de los Dolores, Cartagena (Murcia)

(3) Hospital de la Esperanza-Hospital del Mar, Barcelona.

Contacto: jnrumbo@gmail.com

OBJETIVO

Conocer que apósitos antimicrobianos hay disponibles actualmente para el control de la carga bacteriana en heridas crónicas.

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo. Búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (PubMed, Cuiden, Embase, Cinahl, Cochrane y JBI Connect +); así como, uso de metabuscadores (google scholar) y repositorios institucionales (Dialnet, Redalyc, SciELO) y de universidades (Rebui). Periodo de estudio 2013-2017. Palabras clave: apósito antimicrobiano, carga bacteriana y herida crónica (antimicrobial dressing, bacterial load, chronic wound). Selección y evaluación de contenidos por consenso del grupo nominal.

RESULTADOS

Actualmente, existen cuatro modalidades (tecnología) de apósitos antimicrobianos:

1. Apósitos compuestos solo por antisépticos: plata nanocristalina; cadexómero iodado, polihexamida biguanida o PHMB, y colorantes antisépticos (violeta de genciana, de metilo, y azul de metileno).
2. Apósitos combinados con varios antisépticos: violeta de genciana con plata.
3. Apósitos antisépticos combinados con péptidos antimicrobianos: apósitos de miel (metilglioxol) con defensina-1; PHMB con biocelulosa (Xylinum).
4. Apósitos con sustancias sintéticas hidrofóbicas: cloruro de dialquilcarbamilo (DACC).

CONCLUSIONES

Existen nuevos avances de apósitos antimicrobianos que son biocidas para la mayoría de microorganismos presentes en las heridas crónicas y, menos nocivos para el tratamiento de heridas. A falta de evidencias concluyentes, se presupone que dichos apósitos antimicrobianos cumplen con todos los estándares clínicos deseables: intervienen en el estado de colonización crítica de una herida, son de amplio espectro contra microorganismos, incluyendo los resistentes; de acción rápida, pero de actividad sostenida; no irritantes y no citotóxicos; fácilmente solubles; sin que

presenten inactivación a fluidos orgánicos, exudado de heridas y biopelículas; y se consideran costo-efectivos.

PALABRAS CLAVE

Apósito antimicrobiano; carga bacteriana; herida crónica, PHMB, cadexómero iodado, antiséptico, DACC.

MANEJO POR ENFERMERÍA DE UN DEDO TRAUMATIZADO CON PÉRDIDA DE SUSTANCIA.

Autores: Samaniego-Ruiz MJ, Martínez-Varón MJ.

Centro de Salud de Benamaurel. Granada.

Contacto: mariaje88@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las heridas con difícil cicatrización suelen estancarse en la fase inflamatoria. Siendo la degradación y remodelación de la matriz extracelular por proteasas un elemento clave.

OBJETIVO

Describir el manejo por enfermería de un dedo traumatizado con pérdida de sustancia.

METODOLOGÍA

Se describe el caso de un señor de 55 años que acude a consulta tras traumatismo accidental por un martillo en su taller. Paciente con dislipemia, sin tratamiento oral en la actualidad. Presenta una lesión en el tercio distal del 2 dedo de la mano izquierda.

VALORACIÓN

Se realiza la valoración de la lesión mediante escala de valoración Resvech 2.0; y la de la piel perilesional mediante la escala FEDPALLA. Obteniéndose un Resvech de 12 y un pronóstico de epitelización bueno (22). Además se realiza radiografía.

DIAGNÓSTICO

Deterioro de la integridad tisular relacionado con traumatismo accidental manifestado por lesión.

INTERVENCIÓN

Cuidados de las heridas. Objetivo: curación de la herida (por segunda intención). Para ello se realizan las primeras curas con un producto con proteasa activa, alantoina y bisopolol cada 24 horas. Y posteriormente con otro con ácido hialurónico cada 48 horas. Más un apósito secundario de espuma polimérica. Además, se administra una dosis de recuerdo antitetánica.

RESULTADOS/DISCUSIÓN

A los 40 días aproximadamente presenta un Resvech de 0. Es importante tener en cuenta que solo las proteasas en estado activo van a tener impacto sobre el proceso de reparación tisular. Por otra parte, el bisopolol constituye un agente natural útil para el tratamiento de la inflamación de la piel. Y, la alantoina un intermediario metabólico que favorece el desprendimiento de células muertas. Por lo que, este producto en un primer momento nos va a ayudar a que no se

incremente la fase inflamatoria. Para que así, posteriormente, el hialurónico como polisacárido de la matriz extracelular proporcione un medio que favorezca la migración celular.

CONCLUSIÓN

Tras la valoración por parte de enfermería y siguiendo metodología enfermera, así como aplicando los conocimientos sobre la cicatrización y los productos de cura, se ha logrado la cicatrización de una herida traumática con pérdida de sustancia.

EL ACIDO HIALURÓNICO ANTE QUEMADURAS DE DISTINTA ETIOLOGÍA.

Autores: Samaniego-Ruiz MJ, Martínez-Varón MJ.

Centro de Salud de Benamaurel. Granada.

Contacto: mariaje88@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras según su etiología se pueden clasificar en térmicas (escaldaduras, por fuego, por contacto), eléctricas, químicas, radioactivas, solares, congelaciones u otros tipos. Sin embargo, todas ellas tienen en común que suponen una agresión, lo que conlleva una modificación de los mecanismos de la homeostasis orgánica.

Valorar el uso del ácido hialurónico en quemaduras de distinta etiología.

METODOLOGÍA

Se presentan varios casos de quemaduras de distintas etiologías: escaldadura por caramelo líquido caliente, quemadura por contacto con el cristal de una estufa, quemadura química por sosa cáustica y por ácido nítrico, quemadura por bisturí tras cirugía y quemadura por abrasión tras una caída en bicicleta. De las que dos son mujeres y cuatro hombres, con edades entre 6 y 74 años.

Las curas se llevaron a cabo mediante un preparado tópico constituido principalmente por ácido hialurónico y sulfadiazina argéntica cada 24 horas, más un apósito fino de espuma polimérica con silicona. Para posteriormente continuar sin el antimicrobiano cada 48 horas hasta su curación.

RESULTADOS/DISCUSIÓN

Todas las quemaduras a pesar de su etiología evolucionaron favorablemente, con un tiempo de cicatrización medio de unas tres semanas. Con apreciación de menores dimensiones desde la primera cura. Así como, ausencia de reacciones adversas, disminución del dolor y sobre todo de consecuencias estéticas (muy valoradas por los pacientes).

Hay que tener en cuenta que la piel normal actúa como una barrera que impide la pérdida de líquidos, además de proteger frente a la infección y regular la temperatura. Por lo que, en una quemadura es muy importante mantener estas funciones para evitar la deshidratación e infección. De este modo, el ácido hialurónico al ser un glicosaminoglicano de la matriz extracelular de la piel proporciona un medio hidratado entre las células facilitando su migración

(fundamental en la respuesta inflamatoria); y la sulfadiazina argéntica produce la prevención necesaria en las primeras curas.

CONCLUSIONES

En varios casos un producto con ácido hialurónico ha permitido una gestión eficaz y rápida de las quemaduras con independencia de su evolución etiología.

TIPO DE HERIDA CRÓNICA Y SU RELACIÓN CON LA EDAD, SEXO Y PRONÓSTICO DE VIDA.

Autores: Samaniego-Ruiz MJ, Martínez-Varón MJ.

Centro de Salud de Benamaurel. Granada.

Contacto: mariaje88@gmail.com

OBJETIVOS

Identificar los principales tipos de heridas crónicas.

Conocer el tipo de herida crónica y su relación con la edad, sexo y pronóstico de vida.

METODOLOGÍA

Estudio transversal, con una muestra de 73 pacientes mayores de 15 años elegidos a conveniencia del Área de Gestión Sanitaria Nordeste de Granada, atendidos desde Atención Primaria. Las variables incluidas fueron tipo de herida, edad, sexo y supervivencia a los diez años (medida mediante el Índice de Comorbilidad de Charlson). Los datos se analizaron mediante una de las últimas versiones del paquete estadístico SPSS. Para las variables edad y supervivencia se ha calculado la mediana como medida de posición, ya que no se distribuían de forma normal. Y para analizar las diferencias se ha empleado la prueba Chi al cuadrado y la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis (edad y supervivencia).

Por último, mediante la regresión logística multinomial, con la variable tipo de herida como dependiente, se han obtenidos los odds ratios y su intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

El tipo de herida fue: úlceras relacionadas con la dependencia (33%), úlceras vasculares (22%), pie diabético (7%) y otras (38%). De estas últimas, 1% oncológicas, 3% por picaduras, 14% postquirúrgicas y el 20% postraumáticas. Su mediana de edad era 82 y de 7 para el Índice de Charlson; donde el 64% eran mujeres y el 36% hombres.

La distribución por sexo y tipo de herida presentaba diferencias estadísticamente significativas (tabla 1). En cuanto a la edad se distribuía de forma distinta según el tipo de herida, estadísticamente significativo. Y el Índice de Charlson no surgió significativo, por lo que no había diferencias. Por último, el análisis multivariante mostró que las variables que influyeron de una manera estadísticamente significativa fueron para el pie diabético; por una parte el sexo (OR: 4.312; sig: 0.0; 4.312-4.321) y por otra parte, la edad (OR: 0.828; sig: 0.43; 0.690-0.994) y el Índice de Charlson (OR: 2.673; sig: 0.33; 1.082-6.603).

CONCLUSIONES

El mayor porcentaje de heridas crónicas no se correspondía ni con úlceras relacionadas con la dependencia, ni vasculares ni pie diabético. Existiendo diferencias significativas en la distribución por sexo o edad según el tipo de herida. Y atendiendo al pie diabético una mayor posibilidad cuando era hombre y cuando aumenta la edad y el Índice de Charlson.

GANGRENA DE FOURNIER EN EL ANCIANO: DETECCIÓN PRECOZ Y ALTERNATIVAS.

Autores: Marín-Sereno PV, Moreno-Guerín Baños A, Pérez-Godoy Díaz E.

Sevilla.

Contacto: anmogueba@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La gangrena de Fournier es una enfermedad poco frecuente pero potencialmente letal. Es una infección necrosante subcutánea de origen urogenital o anorrectal, que afecta a la zona genital, perineo y pared anterior del abdomen. Su pronóstico depende en gran medida de un diagnóstico precoz.

OBJETIVO

Considerar y valorar otras alternativas al tratamiento quirúrgico para la curación de dicha lesión cutánea con un diagnóstico temprano.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta el caso de un paciente anciano que se le diagnóstica una gangrena de Fournier con afectación escrotal. Presenta dolor en región genital y fiebre de 38.5 °C.

ANTECEDENTES

Paciente inmunodeprimido, Diabetes Mellitus, hiperplasia prostática benigna, alcoholismo crónico, enfermedad de Parkinson y Demencia en fase moderada.

EXPLORACIÓN FÍSICA

coloración eritematoviolácea de la piel del escroto (aspecto "en bronceado"). Flictenas de pequeño tamaño en pene y difíciles de apreciar en la exploración inicial. Piel escrotal edematosa con lesión traumática escrotal. Úlceras por presión en sacro y tuberosidades isquiáticas en grado II.

RESULTADO

Ante el diagnóstico temprano, se fijó como objetivo la resolución del problema sin uso de cirugía. (registro fotográfico). Restitución integral de la zona afecta al cabo de 21 días.

CONCLUSIÓN

Este cuadro infeccioso presenta una alta morbimortalidad, de inicio súbito pero de progresión fulminante, se discute la necesidad de un diagnóstico adecuado pero, sobre todo, temprano.

En un primer momento, puede haber una discordancia entre la gravedad de la afectación local y la escasa repercusión sistémica, aunque, posteriormente, el estado de septicemia puede comprometer la vida del paciente.

CASO CLÍNICO DE LESIÓN CUTÁNEA ASOCIADA A LA HUMEDAD (LESCAH) POR REFLUJO DE FÍSTULA CON APARIENCIA DE ILEOSTOMÍA.

Autores: García-Sánchez RM, Rumbo-Prieto JM.

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Servizo Galego de Saúde (Sergas).

Contacto: jmrumbo@gmail.com

OBJETIVO

Describir un caso clínico de fístula enterocutánea compleja que produjo una lesión cutánea asociada a la humedad por reflujo.

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 72 años operada de urgencia por neoplasia de sigma con resultado quirúrgico de portadora de fístula enterocutánea que funciona como ileostomía. Posteriormente, la paciente padece deterioro de la integridad cutánea debido a fugas constantes (dermatitis por reflujo), mala higiene en estoma y zona periestomal (por múltiples pliegues en el abdomen ocasionados por la pérdida de peso), estoma mal medido, dispositivo inadecuado (úlceras por presión en zona superior) y mal colocado, lesión cutánea dolorosa en la parte superior del estoma. El control y evolución del caso clínico se llevó a cabo desde la consulta de estomaterapia, se realizaron curas cada 72 h. de la piel perilesional mediante combinación de productos para ostomía y de cura en habiente húmeda. El procedimiento fue el siguiente: lavado del estoma y piel circundante con agua y jabón (en estadios iniciales se utilizó también solución polihexamida-biguanida y betaina); secado cuidadoso del estoma y piel perilesional; protección de la piel con una película barrera; utilización de polvos secantes en la mucosa del estoma; colocación de un anillo moldeable de hidrocoloide como protección alrededor del estoma; uso de dispositivo de bolsa convexa de 3 piezas (placa, bolsa abierta y clic de fijación); protección piel circundante con hidrocoloide extrafino.

CONCLUSIÓN

El deterioro de la integridad cutánea se ha resuelto, no hay signos de dermatitis por humedad, la úlcera por presión a epitelizado, la dehiscencia delestoma se ha reducido. Actualmente, las curas se realizan cada 6-7 días y consisten en: lavado de la zona de ostomía con agua y jabón; aplicación de película barrera, aro moldeable de hidrocoloide y bolsa convexa de 3 piezas

PALABRAS CLAVE

LESCAH, ileostomía, fístula entero-cutánea, deterioro integridad cutánea, dermatitis, estomaterapia.

LAS ULCERAS POR PRESION NO SON SIEMPRE ULCERAS POR PRESION: ENFERMEDAD DE BUERGUER EN UNA RESIDENCIA GERIATRICA.

Autores: Marín-Sereno PV, Moreno-Guerín Baños A, Pérez-Godoy Díaz E.

Sevilla.

Contacto: anmogueba@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los Síndromes Geriátricos son un conjunto de cuadros habitualmente originados por la conjunción de enfermedades con alta prevalencia en los ancianos y que son el origen frecuente de incapacidad funcional y/o social en la población geriátrica. Uno de estos síndromes son Las úlceras por presión (UPP), secundaria a un deterioro funcional con inmovilidad y encamamiento prolongado. Las Localizaciones más frecuentes son en talones y maleolos externos. Por su alta prevalencia, se corre el riesgo de etiquetar como Úlcera por presión lesiones de otra etiología, como ocurrió en este caso.

OBJETIVO

Conocer y ampliar el campo de patologías relacionadas con las UPP, y establecer un diagnóstico diferencial con otras patologías, a priori, similares a la exploración visual.

MÉTODO

Paciente de 72 años que ingresa en Unidad Geriátrica, en exploración clínica presenta lesión ulcerada en maleolo exterior derecho y placa necrótica en talón izquierdo compatible con UPP Grado 3º. Las características de las lesiones y del paciente fueron factores determinantes para no aceptar lo que en un principio parecía evidente, y plantear un diagnóstico diferencial con pie diabético, enfermedad arterioesclerótica y tromboangeitis obliterante.

La tromboangeitis obliterante o enfermedad de Buerger es una enfermedad vascular inflamatoria oclusiva que afecta a las arterias de mediano y pequeño calibre y a las venas distales de miembros superiores e inferiores, con cianosis de manos y pies, dolor y claudicación intermitente. Es habitual vasos "en punta de lápiz" y venas "en sacacorcho". Etiopatogenia: asociado al tabaco.

RESULTADO

Curas y evolución por personal de enfermería (registro fotográfico), así como consultas externas con departamento de anatomía patológica de hospital de referencia. Evolución favorable con curación de lesiones cutáneas en miembros inferiores.

CONCLUSIÓN

El interés del caso presentado radica en lo poco habitual de esta enfermedad en afectar a personas mayores de 40 años. A pesar de la alta prevalencia en ancianos de las UPP, no todas las lesiones ulceradas en talón y maleolos corresponden a UPP.

CUIDADOS DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO.

Autor: Carbonell-Puig F.

C.S.I. Benifaio.

Contacto: ferrancapu@gmail.com

OBJETIVO

Conocer las principales diferencias entre la piel del recién nacido y la piel del adulto, y dar las recomendaciones para su cuidado y su protección.

MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos relacionados con el tema en revistas especializadas como Pediatría Integral y la revista de Pediatría de Atención Primaria. También se han consultado las guías para padres de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, edición 2007, la Guía de Consultas pediátricas de los laboratorios Abbot avalada por la AEPap (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria) y la página web de la AEPED (Asociación Española de Pediatría).

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la búsqueda bibliográfica se exponen en el póster, en una tabla con las principales diferencias y una lista con las recomendaciones para su cuidado.

CONCLUSIONES

En los recién nacidos la piel es el órgano más grande que poseen, además de sus funciones fisiológicas, facilita el vínculo entre padres e hijos y la transmisión de sentimientos entre ambos. Conociendo las características de la piel de recién nacido, se pueden aplicar los cuidados más adecuados que favorezcan el correcto desarrollo a través de su ciclo vital.

Los profesionales debemos de conocerlos y ser capaces de transmitirlos a la población, generalmente padres, para que los apliquen en el ámbito familiar favoreciendo el crecimiento saludable del recién nacido.