

14-16 Noviembre 2012

Sevilla

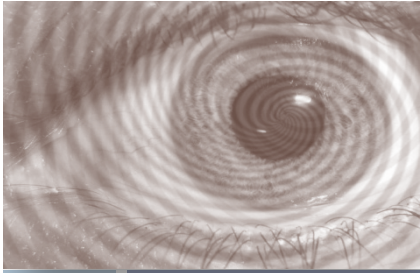
FIBES-Palacio de Congresos y Exposiciones

Ciencia,
Arte y
Compromiso

X
SIMPOSIO
NACIONAL

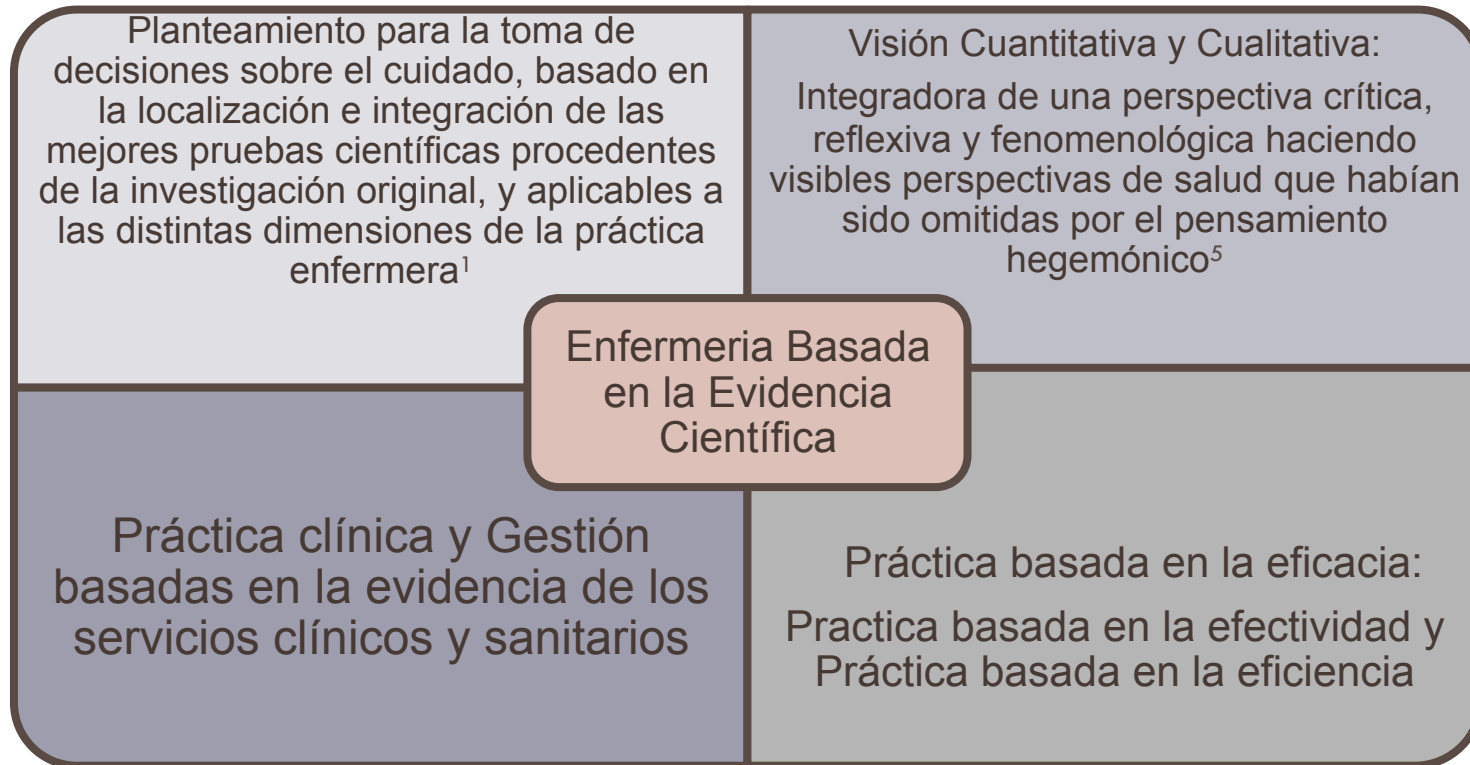
**Úlceras por Presión
y Heridas Crónicas**

**HERIDAS CRÓNICAS:
IMPORTANCIA DE UN ABORDAJE
INTERDISCIPLINAR Y LA PRÁCTICA BASADA
EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA**



Heridas Crónicas: Importancia de un abordaje interdisciplinar y la práctica basada en la evidencia científica

Marco Teórico (I): Práctica Basada en la Evidencia Científica



1. Gálvez, A. (2000). Aproximación a la evidencia científica. Definición, fundamentos, orígenes e historia. *Index de Enfermería*. IX(30), 36-40
2. Benner, P. *Práctica progresiva de enfermería. Manual de comportamiento profesional*. Enfermería y Sociedad. Barcelona: Grijalbo, 1987
3. Jovell AJ. Evaluación de tecnologías médicas: aplicaciones en la Atención Primaria. *El Médico* 1996; 619: 46-61.
4. González RM. Proceso formativo sobre la práctica de enfermería basada en la evidencia científica (EBE). *Enfermería Clínica* 2002; 12,(2):70-73
5. Yañez A. Paravic T. Enfermería basada en evidencia. Barreras y estrategias para su implementación. *Ciencia y Enfermería* XIII (1): 17-24, 2007



Heridas Crónicas: Importancia de un abordaje interdisciplinar y la práctica basada en la evidencia científica

Marco Teórico (II): Práctica Basada en la Evidencia Científica



6. Planificación y Organización de los servicios geriátricos. En: Informe del Comité de Expertos de la IMD. Ginebra; 1974

7. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Recursos Sanitarios. En: Geriatria XXI. Análisis de las necesidades y recursos en la atención a personas mayores en España. Madrid: Editores Médicos; 2000. P. 209-67

Heridas Crónicas: Importancia de un abordaje interdisciplinar y la práctica basada en la evidencia científica

Metodología: Valoración Interdisciplinar y Planificación de Objetivos

VALORACIÓN INTERDISCIPLINAR

Antecedentes Patológicos: Dudosa Alergia al Suero Fisiológico, Penicilina e Intolerancia a la Metformina, Diabetes Mellitus tipo II, Neuropatía Diabética, Poliarteriopatía Diabética, Isquemia Crónica de Extremidades Inferiores Grado IV, Embolia arteria Humeral Izquierda en 2010 con embolectomía transhumeral, Hipertensión Arterial con cardiopatía Secundaria, Estenosis carotida derecha del 75%, AVC vascular lacunar sin secuelas 2002, AVC cardioembólico 2010, Sd. Shonlein-Henock, Divertículos de colon, Gammapatía monoclonal IgG lambda, Obesidad, Incontinencia urinaria en estudio

Tratamiento al Ingreso: Januvia 100 c/24h, Insulina Lantus 0-40-0, Acenocumarol según pauta Hematología, Doxazosina, Atorvastatina, Prandin, Omeprazol, Furosemida, Paracetamol

Valoración Física al ingreso: Barthel: 30 al ingreso. Previo era de 100 y al alta de nuestro centro es de 65. Braden: 13. Downton: 4. Obesidad. Isquemia en extremidad inferior derecha con gangrena seca el 1º y 3º dedo pie derecho. Cicatrices cara interna de muslo derecho e izquierdo con grapas de sutura en zona engonal con bordes enrojecidos e inflamados, frágiles y con deshidraciones de la herida. Zona ulcerada en cara anterior pierna izquierda muy exudativa, mal olor, esfacelo amarillento y exposición de tejido tendinoso. Presenta placa necrótica en cara externa del pie derecho y talón izquierdo. Puntúa en dolor con 6 según EVA en reposo que llega a 9 con las maniobras de cura. Pulsos pedios no palpables e ITB: 0.40⁸

Valoración Psíquica al ingreso: Manifiesta estar triste por la situación de dependencia. Muestra lapsus de memoria. Se inicia tratamiento a nivel Psicológico a cargo del servicio de Neuropsicología del centro y soporte emocional a la familia.

Valoración Social al ingreso: Casada, Cuidador principal marido de 86 años con apoyo por parte de la nuera por proximidad con su domicilio y por su profesión que es Trabajadora Social. Buen soporte familiar por parte de la Hija y del Hijo del matrimonio.

Evolución: Se recogen cultivos de las heridas al ingreso con resultados positivos a Staphylococ multiresistente. Durante el ingreso diversas complicaciones que agravan el estado de la paciente: Anemia persistente, Episodios de ACxFA paroxística, cuadros de disnea secundarias a Insuficiencia Cardíaca e Insuficiencia respiratoria

OBJETIVOS

Estabilización del estado de la paciente a nivel farmacológico

Control del dolor en reposo y en curas

Mejoría del estado de las lesiones y prevención de nuevas durante el ingreso

Evitar procesos infecciosos

Reeducación funcional a través de la Rehabilitación motora

Mejoría del estado nutricional con suplementación proteica y valoración por nutricionista

Soporte psicológico a la paciente y a la familia

Trabajar el alta de cara a reinserción al domicilio por parte de servicios sociales

8. Rodrigo JA, Villa R. Guía de manejo de la Insuficiencia Venosa. [En Línea Consultado el 20 Abril 2012]. Disponible en [www.fisterra.com/guias2/venas.htm]

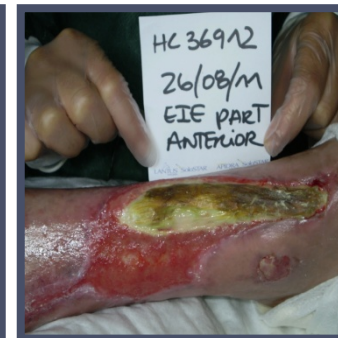
Heridas Crónicas: Importancia de un abordaje interdisciplinar y la práctica basada en la evidencia científica

Tratamiento y Evolución a nivel local

ACTIVITATS D'INFERMERIA BASADES A L'EVIDÈNCIA (DBE)	INTERVENCIONS NIC RELACIONADES
Realitzar una valoració del risc a l'ingrés(E) i donar prioritat al judici clínic per planificar (A) Ús d'escalas de valoració de risc fiables i vàlides com a sistema de recolzament (E) Informar i educar al cuidador principal i/o família de les mesures preventives en les úlceres per pressió (C) Identificar possibles dificultats del rol del cuidador principal (C) Aplicar AGHO a la pell sana que pateix pressió (A) Mobilitzar amb cura al pacient, evitant la fricció i els moviments de cisallament (C) Als talons els dispositius hidrocel·lulars específics són preferibles al embenat en coixinat (A) Comprovar la mobilitat i activitat del pacient, recomanant amb certa independència canviar de posició o/15' (C) En pacients de risc mig-alt de desenvolupar úlceres per pressió utilitzar matalassos terapèutics (A) Al pacient immobilitzat realitzar canvis posturals al menys o/2h (A) No utilitzar dispositius tipus flotadors. Utilitzar dispositius especials (C) Realitzar canvis posturals als pacients amb risc o que ja en tingui, sempre que no estigui contraindicat (E) En pacients immobilitzats realitzar el cp cada 2-3 hores durant el dia (A) i cada 4 hores durant la nit (C) La seqüència recomanada pels canvis posturals és: decúbit supí, decúbit lateral dret, decúbit lateral esquerre i de nou decúbit supí (C) No sobrepassar els 30° en posició decúbit lateral, per evitar recolzar el pes damunt del trocànter (C) En posició decúbit supí, aixecar el capçal el mínim possible (màxim 30°) i durant el mínim temps (C)	0740. Cures del pacient enllitat 3590. Vigilància de la pell 3500. Maneig de pressions 0840. Canvi de posició 3540. Prevenció d'úlceres per pressió 3520. Cures de les úlceres per pressió 3584. Cures de la pell: tractament Tòpic 3660. Cures de les ferides 6550. Protecció contra les infeccions 6540. Control d'infeccions 7040. Recolzament al cuidador principal

**Hidrogel y Alginato (Purilón®)
Apósito hidropolimérico (Biatain® Contact)
Hidrofibra con Alginato y Plata (Seasorb® Ag) durante 15 días y como apósito secundario un Hidropolimérico (Biatain® Contact) .
Maniobras lubricación externa de la piel y protección de piel perilesional**

ACTIVITATS D'INFERMERIA BASADES A L'EVIDÈNCIA (IBE)	INTERVENCIONS NIC RELACIONADES
Per úlceres en Estadi I en qualsevol localització utilitzar AGHO per revertir la lesió (C) Per úlceres en Estadi II en qualsevol localització utilitzar apósits per CAH, preferentment hidrocoloide (A) Determinar la existència de secrecions, exsudat i signes d'infecció (C) En úlceres amb exsudat escàs o nul es recomana utilitzar hidrogels d'estructura amorfa (C) Seleccionar una mida adequada d'apósit que cobreixi una superfície d'uns 2-4 cm al voltant de la ferida (C) Utilitzar guants per realitzar qualsevol manipulació de la lesió (C) Netejar la ferida amb solució salina o aigua potable (C) Netejar la ferida de dins cap a fora amb moviments circulars en presència d'exsudat, escarses o teixit necròtic (C) La pressió de rentat eficaç és la proporcionada per la gravetat o per mitjà de xeringues de 20-50 ml amb una agulla de 0.9 mm. (B) No utilitzar de forma rutinària els antisèptics en la neteja de ferides cròniques (E) En presència d'infecció intensificar la neteja i el desbrindament efectiu (A) Per evitar la formació d'abscessos o tancaments en fals, és convenient omplir les cavitats, les tunelitzacions i el llit de l'úlcer, sense sobrepassar el 75% de la capacitat, amb productes enzimàtics o hidrogels d'estructura amorfa (C) La presència de teixit necròtic o esfàcels al llit de l'úlcer és signe de proliferació bacteriana i pronòstic de cicatrització polenta (C) Les úlceres amb exsudat purulent o mala olor s'associen a la presència d'organismes anaeròbics (C) No es recomana realitzar cultius quantitius de forma seriada (C) Observar el curs d'evolució mitjançant una escala validada de curació d'UFP. Es recomana la escala PUSH (Pressure Ulcer Scale for Healing)	3520. Cures de les úlceres per pressió 3584. Cures de la pell: tractament Tòpic 3660. Cures de les ferides 6550. Protecció contra les infeccions 6540. Control d'infeccions





Heridas Crónicas: Importancia de un abordaje interdisciplinar y la práctica basada en la evidencia científica

Resultados y Conclusiones

1. El resultado fue que Antonia recibió el alta del centro con alto grado de recuperación física, funcional y emocional a la vez que ella y su familia se sintieron seguros de los cuidados que recibieron durante el ingreso.
2. El manejo desde una perspectiva interdisciplinar y basando la práctica en la evidencia científica es una manera eficaz y eficiente de tratamiento con un valor añadido de aumento de la confianza en el equipo asistencial y mayor grado de confort y satisfacción por parte de la persona y su familia.

La **estrategia de búsqueda**: PUBMED-MEDLINE, CINAHL, COMPLUDOC, DOCUMED, EMBASE, IME, ENFISPO, CUIDEN, CUIDATGE. INHATA, SciELO ESPAÑA y Google Académico), consulta de catálogos de bibliotecas y utilización de buscadores especializados en Internet.

Heridas Crónicas: Importancia de un abordaje interdisciplinar y la práctica basada en la evidencia científica

“Dejamos de temer aquello que se ha aprendido a entender”

(M. Curie)



Gracias por su atención