

XXV

Congreso Nacional de

Enfermería Vascular y Heridas

*“Calidad de vida,
nuestro máximo objetivo”*

GIRONA 2013

30 y 31 de mayo

AC Hotel Palau de Bellavista

ÍNDICE

- 1.- INTRODUCCIÓN ESTHER ARMANS
- 2.- AEEV EN LA EWMA
- 3.- ESPACIO WEB AEEVH
- 4.- 1^{ER} PREMIO PÓSTER 2012
IMAGEN VASCULAR DIGITAL
EN EL SEGUIMIENTO DE
ÚLCERAS: DESCRIPCIÓN DE UN
NUEVO MÉTODO
- 5.- FILTRO DE VENA CAVA INFERIOR:
FUNCIÓN DE LA ENFERMERÍA DE
RADIOLOGÍA VASCULAR
INTERVENCIONISTA
- 6.- CUIDADOS INTEGRALES EN
PACIENTE CON HERIDAS
COMPLEJAS. DESBRIDAMIENTO
Y TERAPIA DE PRESIÓN
NEGATIVA. A PROPÓSITO DE UN
CASO
- 7.- SISTEMA DE TERAPIA DE
PRESIÓN NEGATIVA .PASADO
Y PRESENTE
- 8.- A PROPÓSITO DE UN CASO:
USO DE CADEXOMERO YODADO
EN ÚLCERAS VENOSAS DE
EVOLUCIÓN TÓRPIDA
- 9.- REGISTRO DE PLANES DE
CUIDADOS INFORMATIZADOS

INTRODUCCIÓN

Este año la AEEVH cumple 25 años, un cuarto de siglo que queremos celebrar con vosotros que sois los que hacéis posible que esta asociación sea cada día más importante.

Conscientes de la inestabilidad económica y laboral queremos agradeceros aún más si cabe vuestra participación y asistencia al congreso enriqueciendo a todos los asistentes con vuestras aportaciones e innovaciones.

Comunicaros también que a pesar de los condicionantes socio-económicos, durante éste último año la AEEVH ha remodelado su página web, presentando mayor número de contenidos que están disponibles para ser consultados por profesionales y pacientes. En cuanto a la difusión, AEEVH también está presente en las redes sociales como Facebook.

Y como hecho más relevante, deciros que durante éste año también hemos conseguido formar parte de la EWMA como Asociación Cooperante.

Desde aquí, daros las gracias a todos los que habéis estado a nuestro lado: juntas directivas, comités científicos, comités organizadores, asistentes, ponentes, comunicantes y casas comerciales por vuestro esfuerzo, soporte y colaboración a lo largo de estos 25 años, sin todos vosotros no habría sido posible.

Esther Armans

Presidenta de la AEEVH

Edita:



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR Y HERIDAS

www.aeevh.es

Revisión de los artículos:

Raquel Contreras Fariñas
José M^a Rozas

ISSN 2014-8216

AEEVH YA ESTÁ EN LA EWMA

Esther Armans

Presidenta de la AEEVH

Durante los días 15 al 17 de Mayo se celebró en Copenhagen la vigésimo tercera Conferencia Europea del cuidado de heridas EWMA a la que asistieron aproximadamente 3.000 participantes de todas las nacionalidades y en la que por primera vez la AEEVH ha participado como asociación cooperante.

Este hito para nuestra asociación, es fruto de un esfuerzo continuado que nació en 2008 cuando la nueva Junta Directiva propuso entrar a formar parte de la EWMA. A partir de entonces empezamos a contactar vía e-mail con su directiva mostrándoles nuestro interés por formar parte de dicha Sociedad. En el año 2010 y aprovechando la Conferencia Anual que celebraban en Ginebra, nos invitaron a presentar nuestras referencias y nuestro trabajo a lo largo de los años. Dos representantes de nuestra asociación, Ana M^a Calvo y Miriam Berenguer se desplazaron a Ginebra para hacer una presentación sobre la historia, objetivos y actividades de la AEEV. En dicha presentación quedaban como aspectos más relevantes:

- Los más de veinte años de la Asociación como referencia de la Enfermería vascular, ya que la Asociación Española de Enfermería Vascular se registró como tal en el año 1988 en el Ministerio del Interior.

- Es una asociación científica sin ánimo de lucro cuyos objetivos primarios son:

- Promover y fomentar la excelencia en la atención en materia de heridas vasculares, Angiología y Cirugía Vascular.
- Orientar y asesorar al personal de enfermería sobre cuestiones relacionadas con la prevención y el tratamiento de todas las heridas vasculares
- Formación y educación de las enfermeras vasculares en el área de cuidado de las heridas.
- Facilitar y promover la calidad de la educación en salud, con clínica basada en la evidencia para administrar el cuidado de pacientes con enfermedades y lesiones vasculares.
- Cooperar e intercambiar con otras asociaciones nacionales cuyos objetivos son mejorar la calidad de la gestión de las heridas.
- Promover y apoyar la investigación en Enfermería.
 - En cuanto a las actividades de la Asociación:

- El Grupo de trabajo de Úlceras Vasculares y Pie diabético realizó una guía de práctica clínica en marzo de 2004.
- En el año 2006 junto al Grupo Nacional de úlceras por presión (GNEAUPP) y la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV) empezó a trabajar en la Conferencia Nacional de Consenso sobre úlceras de la extremidad inferior (CONUEI), que en el año 2009, se convirtió en una guía de referencia nacional de úlceras en las extremidades.
- En el año 2010 con las mismas asociaciones se creó el Registro Nacional de úlceras en las extremidades (RUEI).

Como Asociación, desde que empezamos en 2010 a dar los primeros pasos para ser sociedad cooperante, hemos ido intercambiando información sobre nuestras actividades, quedando como último requerimiento imprescindible para poder asociarnos, añadir el concepto de “heridas” a nuestro nombre inicial. Una vez realizados los trámites, en Octubre de 2012, recibimos la notificación de la aceptación de la AEEVH como Asociación Cooperante en la EWMA.

Es una buena noticia conseguida por todos y para todos los miembros de la Asociación. Desde aquí dar las gracias también a Javier Soldevila y Jose Verdú, miembros de la GNEAUPP, por su apoyo en todo el proceso.



ww.aeevh.es

Coordinador web **Andrés Roldán Valenzuela**

Desde que el año pasado inauguramos nuestra nueva Web, hemos ido añadiendo nuevos e interesantes contenidos, de cara a facilitar el acceso a los profesionales a innumerables recursos de interés.

Entre otros ya se encuentra disponible la nueva sección de Guías Clínicas y Documentos, accesible desde el área Profesionales / Guías y Documentos



Entre las Guías más relevantes que hemos incluido se encuentran:

Consenso Conf. Nac. Consenso U.E.I. C.O.N.U.E.I.

La Conferencia Nacional de Consenso sobre las Úlceras de la Extremidad Inferior (CONUEI), se constituyó en el año 2006 por delegados de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculat (SEACV), del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), de la Asociación Española de Enfermería Vasculat (AEEV) y del Capítulo Español de Flebología de la SEACV

EWMADOCUMENTODEPOSICIONAMIENTO GESTION DE LA INFECCION DE LA HERIDA



El temor a las infecciones en las heridas, con independencia de su etiología, y la búsqueda de métodos para controlarlas, han sido unos elementos constantes durante toda la historia del cuidado de las heridas.

Este proceso llegó a un momento crucial en el decenio de 1950 con el descubrimiento de los antibióticos. Sin embargo, años más tarde, esta revolución célebre en el control de las infecciones bacterianas corre el peligro de perder importancia por la aparición de microorganismos resistentes. Se han intentado elaborar políticas coherentes para reducir al mínimo las consecuencias de este problema y optimizar el uso de los antibióticos. Incluso hoy en día, esta cuestión sigue siendo uno de los retos más importantes para el sistema sanitario español

EWMADOCUMENTODEPOSICIONAMIENTO ENTENDER LA TERAPIA COMPRESIVA



Durante siglos se ha utilizado la compresión en el tratamiento del edema y de otros trastornos venosos y linfáticos de la pierna, pero siguen sin conocerse bien los mecanismos exactos de acción. Este documento analiza los efectos fisiológicos y bioquímicos de la compresión.

EWMADOCUMENTODEPOSICIONAMIENTO SOBRE HERIDAS DIFICILES DE CURAR UN ENFOQUE INTEGRAL

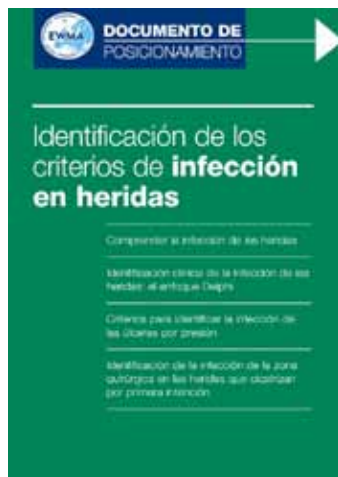


Los conocimientos sobre la biología de la cicatrización de las heridas han evolucionado de forma importante en los últimos 20 años. Gracias a ello, hoy día es posible predecir la secuencia probable de acontecimientos que tendrán lugar a lo largo de la cicatrización y pronosticar el tiempo aproximado que tardará una herida en cerrar por completo. No obstante, a pesar de que se dispone de una información cada vez mayor y de que se han desarrollado numerosos productos interactivos para el cuidado de las heridas, los profesionales sanitarios encontrarán heridas en las que la cicatrización se prolongará o no se conseguirá. En este artículo se señala que la clave del tratamiento adecuado y eficaz reside en identificar la combinación compleja de factores, tanto propios de la herida como ajenos a ella, que intervienen en el proceso de la cicatrización. Lo siguiente es dirigir el tratamiento hacia la adopción de las medidas adecuadas para corregir cualquier factor que esté causando problemas. El reto es detectar lo antes posible cuándo está siendo lenta la cicatrización de una herida.

Entra en nuestra web en www.aevh.es y descárgate estos y otros documentos de alta relevancia internacional en el área de abordaje de las heridas crónicas.

Dispones de una dirección de mail webmaster@aevh.net donde puedes dirigir tus sugerencias o cualquier asunto relacionado con nuestra asociación.

EWMA DOCUMENTO DE POSICIONAMIENTO IDENTIFICACION DE CRITERIOS DE INFECCION



La infección es el resultado de las interacciones dinámicas que ocurren entre un huésped, un patógeno potencial y el entorno. Se produce cuando los microorganismos consiguen superar con éxito las estrategias de defensa del huésped y sus resultados son un conjunto de cambios nocivos para el huésped. Su desarrollo va siempre precedido de interacciones complejas todavía mal conocidas.

IMAGEN VASCULAR DIGITAL EN EL SEGUIMIENTO DE ÚLCERAS: DESCRIPCIÓN DE UN NUEVO MÉTODO

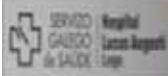


IMAGEN VASCULAR DIGITAL EN EL SEGUIMIENTO DE ÚLCERAS: DESCRIPCIÓN DE UN NUEVO MÉTODO

Consuelo Dos Santos, Julia Mondelo, María José Paços, Angeles Rodríguez, Isabel Rodríguez y Teresa García.
HOSPITAL LUCUS AUGUSTI. LUGO

INTRODUCCIÓN

Hasta no hace mucho una estación de trabajo estaba confinada en una sala de radiología para procesado de imágenes médicas. Hoy en día podemos disponer de una estación de trabajo portátil y de código abierto como es el caso de OSIRIX. Las imágenes que tomamos de una úlcera, aunque en formato gráfico, no dejan de ser imágenes médicas que podemos procesar para nuestros objetivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Smartphone con bluetooth
- Ordenador mac
- Software Osirix

PROCEDIMIENTO



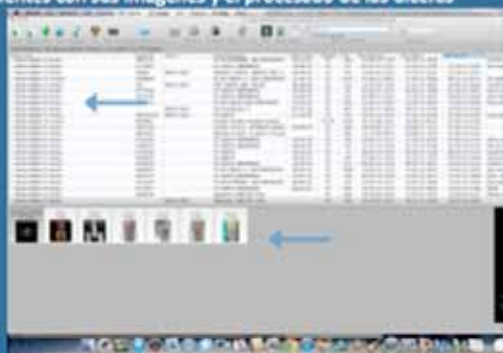
Toma de fotografía de la úlcera



La foto se envía al portátil



Y tras "crear" el paciente es procesada con el software de imagen médica Osirix. Abajo mostramos unas imágenes: Listado de pacientes con sus imágenes y el procesado de las úlceras



RESULTADOS / EJEMPLO

-Mujer de 50 años obesa y fumadora con úlcera venosa intervenida de varices (técnica CHIVA).



- Cálculo de área de úlcera
- Ajustes de brillo / contraste
- Anotaciones
- FECHA: 17 de enero 2012
- ÁREA: 12,99 cm²
- CIRCUNFERENCIA: 13,13 cm.



-PRIMER SEGUIMIENTO TRAS CIRUGÍA DE VARICES. Todas las imágenes se encuentran en la misma carpeta de la paciente

- FECHA: 3 de febrero 2012
- ÁREA: 16,7 cm²
- CIRCUNFERENCIA: 15,2 cm.



-SEGUNDO SEGUIMIENTO. La úlcera inicia proceso de granulación.

- FECHA: 10 de febrero 2012
- ÁREA: 15,8 cm²
- CIRCUNFERENCIA: 14,75 cm.



-TERCER SEGUIMIENTO. El calibrado de las imágenes previas se realizó con esta última siguiendo referencias anatómicas. Si nos olvidamos de la regla en las fotos anteriores no es problema

- FECHA: 16 de marzo 2012
- ÁREA: 10,58 cm²
- CIRCUNFERENCIA: 12,65 cm.

CONCLUSIONES

¿Por qué ser subjetivo cuando tienes un método exacto al alcance de cualquier profesional con un móvil y un ordenador portátil?

FILTRO DE VENA CAVA INFERIOR: FUNCIÓN DE LA ENFERMERÍA DE RADIOLOGÍA VASCULAR INTERVENCIONISTA

Luis Barceló Querol

DUE Hospital Clínic de Barcelona.
Sección Angiorradiología (RVI)

INTRODUCCIÓN

El filtro de vena cava inferior (FVCI) es el dispositivo que evita que los trombos migrados de la circulación periférica (trombosis venosa profunda) lleguen a la circulación pulmonar originando un tromboembolismo pulmonar (TEP).

La trombosis venosa profunda (TVP) es la causante del 90% de los émbolos pulmonares, y normalmente provienen de venas poplíteas y proximales a ellas. Ésta es causa frecuente de hospitalización y se asocia con rangos altos de morbilidad, siendo actualmente responsable del 30% de los fallecimientos en patología cardiovascular aguda en los Estados Unidos de América.

La anticoagulación sistémica con heparina intravenosa, seguido en la fase no aguda con anticoagulantes orales tipo warfarina se mantiene como la terapéutica básica para el tratamiento de esta patología. Se ha demostrado que el empleo de heparina reduce en un 75% el riesgo de presentar tromboembolia pulmonar fatal y reduce el riesgo de presentar tromboembolia pulmonar recurrente de 25% a 2%. La terapia prolongada con warfarina reduce la incidencia de trombosis venosa profunda documentada de 47% a 2%. No obstante, estudios han mostrado que casi el 33% de los pacientes desarrollan al menos un segundo evento de tromboembolia pulmonar a pesar de mantener un adecuado nivel de anticoagulación.

Indicaciones:

1. Trombosis venosa profunda o tromboembolia pulmonar con contraindicación para el uso de anticoagulantes. Las principales contraindicaciones de uso son:

- Infarto hemorrágico en sistema nervioso central.
- Cirugía mayor reciente
- Trauma múltiple grave
- Sangrado interno masivo evidente (tubo digestivo, hematuria, hemofilia)
- Neoplasia intracraneal
- Defectos en la coagulación (trombocitopenia secundaria, púrpura trombocitopénica idiopática, hemofilia)
- Embarazo
- Alteraciones en el equilibrio o con tendencia a sufrir caídas (secuelas de eventos vasculares cerebrales, enfermedad de Parkinson)

- Paciente reacio al uso de medicamentos
2. Complicaciones por el empleo de anticoagulantes. Normalmente en aquellos casos en los que se presenta una hemorragia aguda por el uso de esta medicación a pesar de existir control médico estricto en la dosificación. En estos casos se debe anular la AO y prevenir el TEP con un filtro de vena cava.
 3. Fallo en la anticoagulación. Pacientes que presentan un nuevo TEP o TVP mientras se encuentran recibiendo algún tipo de anticoagulante.
 4. Trombo iliofemoral o caval flotante. La presencia de este tipo de trombos diagnosticados en estudios de ultrasonidos-Doppler, se han asociado con TEP entre el 27-60% de los casos estudiados.
 5. Profiláctico. Para pacientes de alto riesgo:
 - Pacientes con TVP que serán intervenidos quirúrgicamente.
 - Pacientes con hipertensión arterial pulmonar crónica con reserva cardiopulmonar marginal.
 - Pacientes oncológicos con TEP, en los que el uso de anticoagulantes puede conllevar un aumento en las posibilidades de presentar hemorragias graves.
 - Pacientes con trauma grave y severo.

Contraindicaciones:

Se ha demostrado que la colocación de filtros en vena cava inferior es un procedimiento de mínimo riesgo. Las únicas contraindicaciones relativas afectarían a pacientes que:

- Estando anticoagulados, aún se observe presencia de trombos entre el sitio de acceso venoso y el sitio donde se planea colocar el filtro. La presencia de trombos en el trayecto puede hacer variar las vías de colocación como la vena yugular, femoral o incluso antecubital.
- A los que se le planea realizar estudios de resonancia magnética después de la colocación del filtro. En caso de necesidad de realizar dichos estudios, se debe mirar el material con que se ha diseñado el filtro, ya que existen casas comerciales que utilizan materiales no ferromagnéticos compatibles con estudios de Resonancia Magnética como la aleación de titanio y níquel (nitinol), en las cuales se ha comprobado que no se movilizan en resonancias por debajo de 3 Tesla, no habiendo estudios que demuestren el movimiento por encima de esta intensidad.

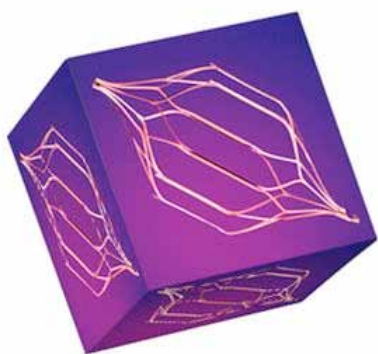
- En pacientes con un diámetro de vena cava inferior superior a 30mm.
- Pacientes con hipersensibilidad demostrada a alguno de los componentes del filtro.
- Pacientes con riesgo de embolismo séptico.
- Pacientes con enfermedad infecciosa incontrolada.

Dispositivos:

En el mercado existen numerosos dispositivos de formas diferentes: piramidales, enrollados, de doble cono, etc, y sobre todo, y a tener en cuenta, de diferentes materiales: acero, betatitanio o nitinol.

Además, estos dispositivos pueden ser definitivos o temporales, siendo éstos últimos los de elección en la mayoría de los casos ya que cumplen los dos criterios; se pueden recuperar antes de 12 días o se pueden convertir en definitivos si así lo aconseja la patología del enfermo.

En nuestro caso, utilizamos el filtro recuperable Optease®. Se trata de un filtro de titanio y níquel (nitinol), compatible con resonancia magnética nuclear, de muy bajo perfil, montando sobre un introductor de catéteres de 6F, y que una vez desplegado por debajo de las venas renales imparte una fuerza radial dirigida hacia fuera sobre la superficie luminal de la vena cava, para asegurar el adecuado posicionamiento y estabilidad del filtro.



Se trata de un filtro con una cesta proximal y otra distal, con forma romboidal séxtuple, diseñado para una captura de coágulos óptima. Las cestas se conectan con 6 puntales en el extremo de los cuales se encuentran unas púas que serán las que se fijarán a la pared del vaso evitando su movilización.

En el extremo inferior, se encuentra un gancho que será por donde será capturado mediante un lazo angiográfico para su extracción.

OBJETIVOS

El objetivo de un FVCI es abarcar la totalidad de la luz venosa haciendo que la sangre pasa a través del implante para que los elementos metálicos actúen como filtro reteniendo los coágulos provenientes de la circulación venosa periférica impidiendo que continúen navegando hasta los pulmones.

Objetivos de la enfermería de hospitalización:

- Preparar al enfermo física y psíquicamente para que afronte el procedimiento en las mejores condiciones posibles.
- Garantizar la seguridad del enfermo durante todo el procedimiento y proceso.
- Evitar y/o detectar de manera precoz la aparición de problemas relacionados con el procedimiento.
- Disminuir la ansiedad del enfermo ante la técnica.

PREPARACIÓN DEL ENFERMO ANTES DEL PROCEDIMIENTO

- Asegurar la correcta identificación del enfermo.
- Explicar a enfermo y familia el procedimiento a realizar.
- Confirmar fecha y hora del procedimiento.
- Optimización de la coagulación: suspender anticoagulación (según prescripción médica)
 - 6 horas antes si el tratamiento es con heparina sódica.
 - 12 horas antes si el tratamiento es con heparina de bajo peso molecular.
- Comprobar pruebas de coagulación antes del procedimiento. Las plaquetas tienen que estar igual o superior a 50.000 y el Quick igual o superior a 50%.
- Comprobar consentimiento informado médico.
- Comprobación de alergias, sobre todo a contraste yodado y anestésicos locales.
- Administración, si fuera necesario, de terapia farmacológica preventiva según protocolo en caso de alergia al contraste yodado.
- Ayunas de 6 horas.
- Rasurado y limpieza con agua y jabón de la zona de punción.

PREPARACIÓN DEL ENFERMO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA VASCULAR INTERVENCIONISTA

- Conocer el motivo de la prueba, la procedencia del usuario, la hora prevista de la cavografía y el destino final del mismo.
- Acoger y presentarnos al paciente a su llegada.

- Verificar la correcta identificación del enfermo ya sea preguntándole a él mismo, mediante la pulsera identificativa o preguntando directamente a la familia en caso de problemas de comunicación.
- Explicar al paciente la prueba que vamos a realizar y detectar el grado de ansiedad.
- Verificar si el enfermo está en ayunas, si tiene el consentimiento informado, que no tenga prótesis dentales o joyas, alergias a contraste yodado y en caso de tenerla si ha recibido la medicación preventiva, verificar la permeabilidad de la vía venosa periférica y el rasurado de la zona de punción si es femoral.
- Monitorización del enfermo

PROCEDIMIENTO

Material específico:

- Preparación de la mesa angiográfica con el material necesario: jeringas cono luer y cono luer-lock, aguja de 23G, alargadera de contraste de alta presión (AP), llave de 2 pasos (AP), anestésico local, gasas y bateas para suero y contraste.
- Kit de colocación del filtro que consta de:
 - Introduccionador 6F Brite-Tip® de 55cm o 90 cm (la utilización de uno u otro depende de la vía de acceso, utilizándose el de 55cm si es acceso femoral y 90 si es yugular), el cual en el dilatador, en su parte distal, tiene agujeros laterales para poder hacer la cavografía inferior y dos marcas radiopacas separadas 3 cm entre ellas que nos sirve para hacer mediciones si fuera necesario.
 - Filtro propiamente dicho, que va plegado en una cánula la cual consta de dos posiciones: femoral y yugular según la vía de abordaje (la colocación puede ser tanto femoral como yugular pero la extracción siempre debe realizarse por vía femoral)
 - Empujador, que será el encargado de empujar el filtro hasta la zona anatómica que hayamos decidido previamente tras la cavografía.
- Guía hidrofílica y aguja de punción para realizar la Técnica de Seldinger.

Material radiográfico y de radioprotección:

- Equipo angiográfico con sustracción digital.
- Bomba inyectora de contraste.
- Contraste radiográfico no iónico.
- Delantales plomados para el médico, el enfermero instrumentista y enfermero de campo.
- Mampara vasculante plomada para evitar radiación dispersa
- Faldón plomado para evitar radiación dispersa.

- Respirador de anestesia.
- Monitor para constantes vitales.
- Sistema de almacenamiento de imágenes tipo PACS.

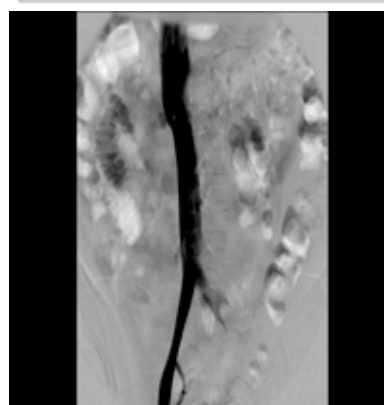
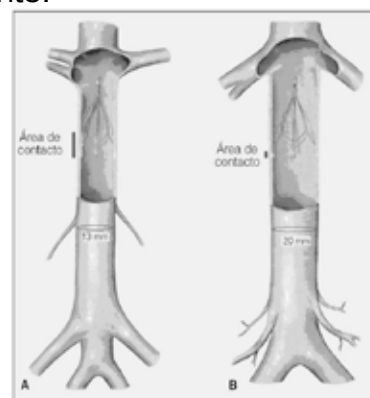
Durante el intervencionismo:

Mantener una buena comunicación con el enfermo durante el intervencionismo, comunicándole y anticipándole todas las acciones que realizaremos y las sensaciones que va a experimentar, como son:

- Dolor breve pero intenso en el momento de la administración del anestésico local, ya sea en la zona inguinal como yugular.
- Sensación de calor intenso en la zona cateterizada en el momento de inyectar el contraste que puede ir acompañada de calor generalizado y sensación de ganas de orinar, todo ello ha de ser considerado normal.

Realización de una cavografía, asegurándonos que cumple los parámetros de calidad:

- Un parámetro de calidad esencial es la correcta visualización de las venas renales, ya que el implante siempre debe ir por debajo de ellas.
- Movimiento del enfermo. Debemos hacer que el enfermo colabore durante la inyección de contraste manteniendo la respiración durante unos segundos para evitar artefactos de movimiento.



Cavografía Inferior. Visualización de venas renales Ubicación correcta del FVCI

- Al iniciar la compresión, que debe ser de unos 5 minutos ya que se trata de una vena, le avisaremos de la presión que ejerceremos en la zona.
- Colocaremos vendaje semi compresivo para evitar posibles sangrados.



Cavografía de control post-implante. Radioscopia del Filtro

Informaremos al enfermo antes de salir de la Unidad de Radiología Vasculat Intervencionista de las siguientes precauciones:

- **REPOSO:** durante las siguientes 24-48 horas deberá permanecer en la cama en posición horizontal para evitar la migración del filtro. Podrá ser incorporada unos 30-45° para las comidas.
- **ESFUERZOS:** evitar cualquier tipo esfuerzo durante las 48h siguientes al implante así como las maniobras de valsalva.
- **MOVILIDAD:** no mover la extremidad pinchada hasta pasadas 6 horas del intervencionismo.

Después del procedimiento - Unidad de hospitalización:

- Control de constantes cada hora las dos primeras horas y posteriormente cada 6 horas.
- Valoración del dolor, intensidad y localización.
- Administrar los analgésicos pautados y comprobar efectividad.
- Control del apósito cada hora las dos primeras horas y a las 6 horas.
- Cabezal de la cama totalmente plano las primeras 12 horas y se podrá incorporar hasta 15° durante las siguientes 12 horas. Incorporación a 45° sólo para comer.
- Revisar el informe de enfermería del intervencionismo e informar al enfermo de los cuidados después de la técnica.
- Reiniciar tratamientos farmacológicos pautados.
- Reintroducir anticoagulación a las 6 horas del intervencionismo, según prescripción médica.
- Valorar inicio de dieta líquida a las 2 horas y si tolera dieta habitual a las 4h.
- Reposo relativo durante las siguientes 24h.
- Si el filtro es temporal, programar extracción antes de 12 días.

Descripción de problemas e intervenciones relacionadas con el procedimiento:

- Ansiedad
 - Disminución de la ansiedad. NIC 5820
 - Establecer inicialmente una comunicación funcional y terapéutica.
 - Adecuar la información que necesite el enfermo.
 - Utilizar un lenguaje adecuado a la comprensión del enfermo/familia.
- Dolor agudo
 - Manejo del dolor NIC 1400
 - Realizar valoración exhaustiva del dolor. (ENO)
 - Administración de analgésicos prescritos.
 - Comunicar signos y síntomas al médico.
- Alergia al contraste yodado
 - Manejo de la alergia NIC 6410
 - Verificar previamente las alergias que el enfermo pueda tener.
 - Cuidados especiales a las posibles complicaciones relacionadas con las alergias.
- Riesgo de asfixia por hematoma en la zona yugular
 - Cuidados en la emergencia. NIC 6200
 - Presión manual en el lugar de la hemorragia.
 - Aplicar apósito compresivo.
 - Mantener la vía respiratoria permeable.
 - Comunicar signos y síntomas al médico.
- Riesgo de sangrado

- Manejo del shock. NIC 4250
 - Control y vigilancia del estado hemodinámico del enfermo.
 - Comunicar signos y síntomas al médico.
 - Administración de líquidos EV y/o hemoderivados si procede.

- Pneumotórax
 - Control y seguimiento respiratorio. NIC 3350
 - Valorar el esquema de la respiración: bradipnea, taquipnea e hiperventilación.
 - Valorar signos y síntomas de excesivo trabajo respiratorio.
 - Valorar coloración de la piel y mucosas.
 - Adecuar la posición.
 - Control de la saturación de oxígeno.

- Otras complicaciones potenciales
 - Taponamiento tromboembólico del filtro.
 - Desplazamiento del filtro.
 - Hematoma por punción accidental de la arteria femoral o carótida.

BIBLIOGRAFÍA

Ruiz Moreno J, Martín Delgado MC, García-Penche Sánchez R. Procedimientos y técnicas de enfermería. 2ª ed. Barcelona:Rol;2006.

North American Nursing Diagnoses Association. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación 2009-2011. Ed. Barcelona: Elsevier; 2010.

Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería. Nursing Outcomes Classification (NOC).4ª ed. Barcelona: Elsevier;2009.

The Joanna Briggs institute, JBI Eliminación del vello para reducir las infecciones de la zona quirúrgica [Iloc Web]. Adelaida: Best Practice information Sheet; 2003- [actualizada el 11 de abril de 2007; acceso el 14 de diciembre de 2011] Disponible a: <http://www.joannabriggs.edu.au/>

Marie C. Hall. Surgical Care Improvement Project (SCIP) Module 1: Infection Prevention Update. 2007 (2) [actualizada el 06 de Mayo de 2007; acceso 14 de diciembre de 2011] Disponible a <http://www.medscape.org/>

AORN guidance estatement: preoperative patient care in the ambulatory surgery setting. [actualizada Abril 2005; acceso 14 de diciembre de 2011] Disponible a <http://www.aornjournal.org/>

Chiou AC, Biggs KK, Matsumura JS. Vena cava filters: Why,When, What, How? *Perspect Vasc Surg Endovasc Ther* 2005; 17(4):329-39.

British Committee for Standards in Haematology Writing Group, Baglin TP, Brush J, Streiff M. Guidelines on use of vena cava filters. *Br J Haematol* 2006; 134: 590-5.

Carreira Villamor, JM; Maynar Moliner, M; Diagnóstico y Terapéutica endolumina. Ed.Barcelona: Masson; 2002.

Uflacker, R; Atlas of vascular an angiographic approach. Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1997.

CUIDADOS INTEGRALES EN PACIENTE CON HERIDAS COMPLEJAS. DESBRIDAMIENTO Y TERAPIA DE PRESION NEGATIVA. A PROPOSITO DE UN CASO

José M^a Rozas Martín. (DUE. Unidad de Cirugía Vascolar. Hospital 12 de Octubre. Madrid)

Adela González Gómez. (DUE. Unidad de Cirugía Vascolar. Hospital 12 de Octubre. Madrid)

Esther Suárez García. (DUE/Supervisora Cirugía Vascolar. Hospital 12 de Octubre. Madrid)

Sergio Hurtado Martínez.(DUE. Unidad de Cirugía Vascolar. Hospital 12 de Octubre. Madrid)

RESUMEN

Existen múltiples factores que pueden retrasar e incluso impedir la cicatrización de las heridas. Desde que se descubrieron los beneficios de la cura en ambiente húmedo las formas de tratamiento han ido evolucionando y mejorando considerablemente, pero cada vez hay más evidencia de la importancia de realizar un abordaje holístico o integral de los pacientes.

En este estudio se incluye el caso de una enferma con heridas complejas que presenta varios factores de riesgo capaces de interferir en la cicatrización. Sin embargo, tras una adecuada valoración y diagnóstico de todas sus necesidades y problemas se instaura un tratamiento que incluye el uso de cadexómero yodado, terapia de presión negativa y colágeno en polvo con el que se consigue la curación de sus lesiones en un tiempo sorprendentemente corto.

PALABRAS CLAVE: Herida crónica, cuidados integrales, preparación del lecho de la herida.

INTRODUCCIÓN

Una herida crónica puede definirse como cualquier solución de continuidad de la superficie corporal que requiere de un tiempo prolongado para curar, no cura o recidiva.

Este tipo de heridas es más frecuente en personas con múltiples problemas de salud y se sabe que, a pesar de nuestros cuidados, acaban provocando mucha incomodidad a los pacientes, aumentando notablemente nuestras cargas de trabajo y haciendo que se dispare el gasto sanitario.

Antes de 1960 el manejo de las heridas estaba dirigido a prevenir la infección. Para ello se lavaban con antisépticos y posteriormente se cubrían con gasa seca; de esta forma se creía que se evitaba el desarrollo bacteriano.¹ En 1962 Winter comprobó que las heridas que se

mantenían húmedas curaban más rápidamente que las expuestas al aire.^{2,3} Desde entonces los beneficios de la cura en ambiente húmedo han sido probados y son utilizados diariamente en el manejo de heridas en todo el mundo. Existe un esquema de trabajo, acuñado bajo el acrónimo inglés TIME y avalado por la European Wound Management Association (EWMA) en su documento de posicionamiento "Wound bed preparation in practice", cuyo objetivo es optimizar las condiciones del lecho de la herida mediante la vigilancia y control de aquellos problemas locales que pueden retrasar la cicatrización.^{4,11}

- **T:** Tissue (tejido). En el lecho de la herida debe haber un tejido de granulación firme y saludable con ausencia de esfacelos, escaras necróticas o tejidos desvitalizados. Hay que desbridar las heridas siempre que sea necesario (previa valoración vascular si procede).
- **I:** Infection (infección e inflamación). Ante la aparición de signos o síntomas de infección emplear agentes antimicrobianos y valorar la necesidad de antibióticos sistémicos.
- **M:** Moisture (exudado). Debemos asegurar un medio húmedo adecuado en la herida que permita la proliferación y migración celular.
- **E:** Edge (bordes). También es importante mantener la piel perilesional en buen estado.

En base a estos conocimientos, en los últimos años se han desarrollado muchas estrategias para acelerar el proceso curativo de las heridas. Ahora tenemos a nuestra disposición gran variedad de apósitos tecnológicos, productos desbridantes que controlan la carga bacteriana como el cadexómero yodado, polvos de colágeno, factores de crecimiento y otras técnicas más complejas como la electroestimulación o la terapia de presión negativa (TPN).

Pero a pesar de todos estos avances, un gran número de heridas siguen siendo difíciles de tratar... Y es que a veces olvidamos que, aparte de los factores locales ya mencionados, hay otros factores sistémicos que pueden interferir en la cicatrización. Entre ellos cabe destacar el SIC, la diabetes, la IRC, la depresión y ciertos fármacos como inmunosupresores o anticoagulantes. Por tanto debemos ser bien conscientes de la importancia de realizar un abordaje integral del paciente, no solo de sus lesiones.

Si asumimos que el primer paso en el tratamiento de una herida es detectar y tratar todos los problemas de salud que presente el paciente y además hacemos un uso adecuado de los productos y técnicas disponibles, las probabilidades de curación aumentarán notablemente.¹⁰

OBJETIVO GENERAL

Constatar que, mediante un abordaje holístico y con el apoyo de técnicas como la TPN, se puede promover la cicatrización de heridas complejas con tendencia a la cronicidad.

MATERIAL Y METODOS

En nuestra unidad utilizamos la TPN en pacientes con heridas complejas desde hace algunos años con muy buenos resultados.

El concepto TPN para estimular la cicatrización está bien documentada y existe suficiente experiencia clínica que avala su uso. Aunque el uso de presión negativa en el tratamiento de heridas tiene raíces antiguas, la TPN tal y como se conoce en la actualidad se empleó por primera vez en 1993.⁵ Inicialmente fue concebida para la cicatrización de heridas crónicas, pero posteriormente se ha ido extendiendo a casi todo tipo de heridas.

Las únicas contraindicaciones de la TPN son:

- Heridas malignas.
- Osteomielitis sin tratar.
- Fístulas, cavidades o sinus no exploradas.
- Tejido necrótico escarificado.
- Enfermedad arterial periférica severa: Si el ITB es ≤ 5 debe valorarse la posibilidad de revascularización quirúrgica antes de aplicar TPN.

Hay que tener especial precaución y tener un control exhaustivo en pacientes con:

- Sangrado activo.
- Tratamiento anticoagulante.
- Malnutrición no tratada.
- Problemas de hemostasia.
- Exposición de órganos y vasos sanguíneos o prótesis vasculares: Proteger con apósito de silicona o mediante injerto.
- Heridas infectadas: Requieren un cambio más frecuente de los apósitos.^{6,7}

Mecanismo de acción de la terapia de presión negativa.

En la cura con TPN se utiliza un apósito estéril y semioclusivo que permite que el entorno de la herida sea húmedo. También se ha confirmado que existen diversos mecanismos que ayudan a la cicatrización; entre ellos figuran los siguientes¹²

- Aumento del flujo sanguíneo local.
- Reducción del edema.
- Estimulación de la formación del tejido de granulación.
- Estimulación de la proliferación celular.
- Eliminación de inhibidores solubles de la cicatrización de la herida.
- Reducción de la carga bacteriana
- Acercamiento de los bordes de la herida entre sí.

PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Mujer de 55 años que es intervenida en dos ocasiones de cirugía arterial; tras el fracaso de ambas intervenciones la paciente requiere amputación a nivel supracondíleo de MID. En el postoperatorio aparece necrosis y dehiscencia de las heridas. La enferma tiene los siguientes antecedentes personales:

- Hipertensión arterial.
- Diabetes Mellitus tipo II, en tratamiento con insulina desde 1991.
- Ex fumadora.
- Síndrome depresivo.
- Trasplante renal en Septiembre de 2008.
- Obesidad tipo II con IMC > 37
- En tratamiento con inmunosupresores y anticoagulantes.

Desde el principio del postoperatorio se evidencia una mala evolución de las heridas quirúrgicas junto con la formación de un importante hematoma en el muñón y signos de isquemia cutánea. Se intenta tratamiento a base de limpieza con Polihexanida y aplicación de ácido grasos hiperoxigenados, pero a pesar de ello acaba apareciendo necrosis de los bordes con abundante exudado y dehiscencia de todas las suturas.

El 9/2/2011 (Fig.1) decidimos realizar desbridamiento con bisturí para explorar las lesiones y retirar los tejidos necróticos y coágulos. Ante el alarmante estado del miembro nos replanteamos el tratamiento, para lo cual comenzamos por actualizar el plan de cuidados:

Objetivo General del Plan de Cuidados

- Mejorar la calidad de cuidados a paciente amputada y con dehiscencia de herida quirúrgica.

Objetivos específicos

- Disminución del tamaño de las heridas.
- Reducir el riesgo de infección relacionado con la manipulación de las heridas.
- Buen manejo del exudado de las heridas.
- Favorecer la cicatrización.

Valoración de enfermería.

La valoración de enfermería fue realizada siguiendo las 14 necesidades de Virginia Henderson que es el modelo teórico implantado en nuestro Hospital. A continuación detallamos aquellas necesidades alteradas sobre las que formulamos Diagnósticos Enfermeros con la taxonomía NANDA, clasificación de intervenciones NIC y clasificación de resultados NOC.

- Alimentación/Hidratación:
 - IMC > 37, peso un 20% superior al ideal para su talla y constitución.
 - Estilo de vida sedentario.
 - Excesiva ingesta calórica.
- Eliminación:
 - Realización de deposiciones en periodos superiores a 72h.
 - Uso de laxantes.
 - Déficit en la movilidad.
- Movilización:
 - Disminución y debilidad de la fuerza muscular.
 - Incapacidad de mantener las rutinas habituales.
 - Uso de ayudas mecánicas.
- Reposo / Sueño:
 - Vigilia
 - Dificultad conciliar sueño
 - Usos de somníferos
- Higiene / Piel:
 - Dificultad para lavarse partes del cuerpo
 - Dificultad en la obtención de material para higiene.
 - Inmovilidad
- Seguridad:
 - Signos y síntomas de infección de herida quirúrgica
 - Hipertermia
 - Inestabilidad por falta de miembro inferior
 - Signos y síntomas de dolor
- Trabajar / Realizarse:
 - Amputación de miembro inferior

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS

Necesidad de Alimentación / hidratación

- 00001 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO
 - RESULTADO NOC:
 - 1612- CONTROL DE PESO
 - INTERVENCIÓN NIC:
 - 1280- AYUDA PARA DISMINUIR EL PESO

Necesidad de Eliminación

- 00015 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO
 - RESULTADO NOC:
 - 0501- ELIMINACIÓN INTESTINAL
 - INTERVENCIÓN NIC :
 - 0450- MANEJO DE ESTREÑIMIENTO
 - 1804- AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ASEO
 - 4130- MONITORIZACIÓN DE LIQUIDOS

Necesidad de movilización

- 00040 DETERIORO DE LA MOVILIDAD
 - RESULTADO NOC :
 - 0208- MOVILIDAD
 - INTERVENCIÓN NIC :
 - 0224- TERAPIA DE MOVILIDAD ARTICULAR
 - 0222- TERAPIA DE EJERCICIOS: EQUILIBRIO
 - 0200- FOMENTO DEL EJERCICIO
- 00040 RIESGO DE SINDROME DE DESUSO
 - RESULTADO NOC :
 - 0208- MOVILIDAD
 - INTERVENCIÓN NIC :
 - 0224- TERAPIA DE MOVILIDAD ARTICULAR
 - 02210- ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS

Necesidad Reposo / Sueño

- 00095 INSOMNIO
 - RESULTADO NOC :
 - 0004- SUEÑO
 - 2002- BIENESTAR PERSONAL
 - INTERVENCIÓN NIC :
 - 1400- MANEJO DEL DOLOR
 - 1850-MEJORAR EL SUEÑO
 - 5820- DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD
 - 6480- MANEJO AMBIENTAL
 - 6482- MANEJO AMBIENTAL: CONFORT

Necesidad Higiene / Piel

- 00108 DEFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO / HIGIENE
 - RESULTADO NOC :
 - 0305 - AUTOCUIDADOS: HIGIENE
 - 0301- AUTOCUIDADOS BAÑO
 - INTERVENCIÓN NIC :
 - 1801- AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS BAÑO

- 0046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA

- RESULTADO NOC :
 - 1101 - INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MUCOSAS
 - 1103 - CURACION DE LA HERIDA : POR SEGUNDA INTENCION
- INTERVENCIÓN NIC : 3590 - VIGILANCIA DE LA PIEL
 - 3500 - MANEJO DE PRESIONES
 - 6550 - PROTECCION CONTRA LAS INFECCIONES
 - 3584 - CUIDADOS DE LA PIEL, TTO. TOPICO

Necesidad de Seguridad

- 00155 RIESGO DE CAIDAS
- RESULTADO NOC :
 - 1909- CONDUCTA DE PREVENCIÓN DE CAIDAS
- INTERVENCIÓN NIC :
 - 6490- PREVENCIÓN DE CAIDAS
- 00004 RIESGO DE INFECCIÓN
- RESULTADO NOC :
 - 1103- CURACIÓN DE HERIDA POR 2ª INTENCIÓN
- INTERVENCIÓN NIC :
 - 2120- MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA
 - 2300- ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN
 - 3590- VIGILANCIA DE LA PIEL
 - 3660- CUIDADOS DE LAS HERIDAS
 - 3662- CUIDADOS DE LAS HERIDAS: DRENAJE CERRADO
 - 3680- IRRIGACIÓN DE LAS HERIDAS
 - 6540- CONTROL DE INFECCIONES
 - 6550- PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES
- 00069 AFRONTAMIENTO INEFECTIVO
- RESULTADO NOC :
 - 1300- ACEPTACIÓN DEL ESTADO DE SALUD
 - 1302- AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS
 - 1308- ADAPTACIÓN A LA DISCAPACIDAD FISICA
- INTERVENCIÓN NIC :
 - 4920- ESCUCHA ACTIVA
 - 5220- POTENCIAR LA IMAGEN CORPORAL
 - 5230- AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO
 - 5270- APOYO EMOCIONAL
 - 5400- POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA
 - 5820- DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

Necesidad de Trabajar / Realizarse

- 00118 TRANSTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL
- RESULTADO NOC :
 - 1200- IMAGEN CORPORAL
 - 1305- ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL
 - 1308- ADAPTACIÓN A LA DISCAPACIDAD
- INTERVENCIÓN NIC:
 - 3420- CUIDADOS DEL PACIENTE AMPUTADO
 - 5230- AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO
 - 5400- POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA

ACTUACIÓN ENFERMERA SOBRE LAS LESIONES

A nivel local la necesidad de continuar el desbridamiento era evidente, pero como la paciente estaba anticoagulada se desestima el uso de bisturí. Además había alto riesgo de infección (por inmunosupresión y porque en la herida inguinal había quedado expuesta una antigua prótesis de bypass) y un elevado grado de exudado. Tras valorar todos estos problemas reales y potenciales se opta por el uso de cadexómero yodado en polvo (Fig.2)

A los 9 días hay una mejoría evidente, empieza a aparecer tejido de granulación y disminuye el exudado (Fig.3). En ese momento se decide iniciar Terapia de Presión Negativa (TPN) en las heridas proximal y distal con una frecuencia en las curas de 2 veces a la semana, empleando una presión de 125 mm de Hg (Fig.4). La herida del tercio medio del muslo necesita una semana más de tratamiento desbridante antes de aplicar TPN.

La respuesta a la TPN es excelente (Fig.5) y 25 días después, ante la inminencia del alta, se cambia de estrategia y se instaura un programa de curas más compatible con el tratamiento domiciliario, a base de colágeno en polvo y apósitos hidrocelulares (Fig.6).

También cabe destacar que, para complementar los cuidados y la atención médica que estaba recibiendo la paciente, se pidió la colaboración de la unidad de Psiquiatría y de los servicios de Endocrino, Nutrición y Rehabilitación del hospital.

RESULTADOS Y DISCUSION

Evaluando los diagnósticos de enfermería se aprecia una mejoría importante en el afrontamiento de la imagen corporal, en la movilidad física (realiza rehabilitación todos los días) y en el deterioro de la integridad cutánea.

A las 5 semanas de tratamiento con cadexómero y TPN se aprecia una reducción de aproximadamente el 50% del tamaño de las heridas y disminución en la cantidad de exudado de las mismas. En ningún momento del proceso se evidencian signos de infección.

Herida distal: (Muñón)	09/02/201113x8 cm. 18/03/2011 9x3 cm.
Herida inguinal:	09/02/2011 10x6 cm 18/03/2011 7x3 cm
Herida del 1/3 medio:	09/02/2011..... 6x4cm. 18/03/2011..... 4x2cm.

En la última revisión, en Junio de 2011 (Fig.8) la paciente asegura hacer vida casi normal en su domicilio. Además su IMC ha disminuido, presenta mejor control metabólico, refiere mejor estado de ánimo y acude todos los días a rehabilitación, a la espera de una prótesis que le permita volver a caminar.

CONCLUSIONES

El hecho de haber realizado un abordaje integral de los problemas y necesidades de esta paciente ha contribuido de forma decisiva al éxito en el tratamiento de sus lesiones. No se debe olvidar que en este caso existían factores de riesgo locales y sobre todo sistémicos que podrían haber dificultado o impedido la cicatrización.

Al mismo tiempo, la preparación del lecho de las heridas mediante desbridamiento con cadexómero yodado y posterior aplicación de TPN ha acelerado los procesos de granulación y epitelización. También queremos destacar el excelente control del exudado y que todo el proceso se desarrolló en ausencia de signos de infección.

Por otra parte, se ha conseguido una reducción clara del gasto sanitario por disminución del tiempo de hospitalización y de la frecuencia de curas (dos veces por semana), así como un aumento del confort de la paciente y un notable descenso de las cargas de trabajo del personal de enfermería de la unidad.

GALERÍA FOTOGRÁFICA



Fig.1: 09/02/2011



Fig. 2: 09/02/2011



Fig.3: 18/02/2011



Fig.4: 18/02/2011



Fig.5: 18/03/2011



Fig.6: 18/03/2011



Fig.7: 22/03/2011



Fig.8: 24/05/2011

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Barreira F, Carriquiry C. Tratamiento de heridas utilizando Presión Negativa Tópica BIOMEDICINA, 2006, 2 (2) - 122-130 ISSN: 1510-9747
- 2.- Ladin DA. Understanding dressings. Clinics in Plastic Surgery 1998; 25(3): 433-441.
- 3.- Evans D, Land L. Topical negative pressure for treating chronic wounds (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 2, 2005
- 4.- Montero Torres, J; Lozano Piñero, A. Un Planteamiento Global en la Curación de Heridas. ENE, Revista de Enfermería 3(2):25-33, sep 2009.

- Disponible en <http://enfermeros.org/revista>
- 5.- Argenta L, Morykwas M. Vacuum-Assisted Closure: a new method for wound control and treatment: clinical experience. Annals of Plastic Surgery 1997; 38(6): 563-576.
 - 6.- Lázaro Martínez, JL; March García, JR; Torres de Castro, OG; Segovia Gómez, T; Guadalix Hidalgo, G Guía de tratamiento del pie diabético con TPN 2007:36-37 ISBN: 978-84-690-3778-2
 - 7.- Smith&Nephew Guía de utilización del sistema Renasys de TPN en el tratamiento de heridas.2009: 5-8
 - 9.- Dealey C. The Care of Wounds. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1994
 - 10.- European Wound Management Association (EWMA)Position document. Hard-to-heal wounds: a holistic approach. 2008
 - 11.- European Wound Management Association (EMWA). Position document: wound bed preparation in practice. London, UK: MEP Ltd;2004..
 - 12.- European Wound Management Association (EMWA). Documento de posicionamiento: La presión tópica negativa en el tratamiento de heridas. Londres: MEP Ltd, 2007.
 - 13.- Conferencia Nacional de Consenso sobre úlceras de la extremidad inferior.Documento de Consenso (CONUEI). 2009
 - 14.- Greer S. Whither subatmospheric pressure dressing? Annals of Plastic Surgery 2000; 45(3): 332-334
 - 15.- De Franzo AJ, Argenta L. The use of vacuum-assisted closure therapy for the treatment of lower extremity wounds with exposed bone. Plastic and Reconstructive Surgery 2001; 108(5):1184-1191.
 - 16.- Falanga V. Iodine containing pharmaceuticals: a reappraisal. Proceedings of the 6th European Conference on Advances in Wound Healing. 1997. Macmillan Magazines Ltd London
 - 17.- Torra I Bou JE, Martínez Cuervo F, Casarolli-Marano RP.El uso del colágeno en la cicatrización de las heridas. Revista Rol Enf.; vol.23(10): 715-726 ISSN 0210-5020.
 - 18.- Marion J, Bulechek G, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moorhead S . Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA,NOC,NIC. Harcourt 2002
 - 19.- Bulechek G, McCloskey Dochterman J .Clasificación de Intervenciones de Enfermería(NIC)4ª Edición. Elsevier 2005.
 - 20.- Marion J, Moorhead S, Meridean M. Clasificaciones de Resultados de Enfermería NOC. 3ª Edición. Elsevier 2005.

SISTEMA DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA .PASADO Y PRESENTE

Pere Comas
Esther Armans

La terapia de presión negativa se sigue viendo como algo innovador y reciente, pero lo cierto es que sus orígenes se remontan a 1907, cuando el Dr. Klapp utilizó la primera bomba de succión. Desde entonces este sistema ha ido evolucionando y mejorando paulatinamente gracias a la investigación y contribución de muchos otros científicos. Aquí hacemos un breve recorrido por la historia de esta terapia:

Terapia de presión negativa (TPN)

La Presión Negativa se ha venido utilizando desde hace muchos años en diferentes patologías destacando el tratamiento de heridas.



Los principales componentes utilizados en la aplicación de TPN, se usaron mucho antes de 1997.



Beneficios de la terapia de presión negativa



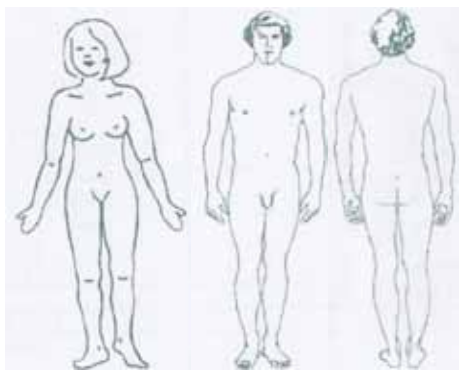
Desde su inicio hasta nuestros días, el sistema de terapia de presión negativa ha evolucionado de forma espectacular. Se comenzó aplicando de una forma tan elemental que en ocasiones había que retirarla porque los pacientes no toleraban el dolor que les ocasionaba el exceso de presión negativa. Esto ocurría sobre todo con los enfermos vasculares. Por el contrario, los sistemas empleados actualmente ofrecen una eficacia, una seguridad y una relación coste-beneficio incuestionables, como acreditan diferentes estudios realizados a nivel mundial. Una de las ventajas de la globalización es que nos brinda una oportunidad única de compartir experiencias y de relacionarnos con otros profesionales con el fin de seguir dando esos pasos que nos permiten ir cada vez un poco más allá en los cuidados que ofrecemos a nuestros pacientes.

La terapia de presión negativa se puede utilizar con diversas finalidades, y así nos encontramos con lesiones que precisan de este tratamiento como paso previo a la realización de un injerto. También se puede continuar, una vez que se ha conseguido estimular el tejido de granulación, con un plan de curas más convencional, y aunque el factor tiempo es más elevado, lo positivo es que se fomenta el autocuidado del propio paciente. Existen además combinaciones de apósitos creados para ayudar a la terapia negativa en su tarea.

Hay que dejar claro que esta forma de cura no es la panacea, y que desde sus orígenes se vienen buscando respuestas a preguntas como qué pacientes se pueden beneficiar de ella o cómo aumentar los niveles de tolerancia, comodidad y movilidad para que dichos pacientes puedan seguir manteniendo su actividad habitual mientras dura el tratamiento. La utilización de diversos tipos de materiales y de sistemas de presión negativa, y aquí nos referimos a los utilizados tanto en el ámbito hospitalario como en el domiciliario, ha permitido que el paciente pueda llevar una vida lo más autónoma posible. Siempre cabe destacar que es un avance, pero esto no significa que todo el mundo pueda beneficiarse. Llegados a este punto, aquí es donde la labor de la enfermería se refleja con más intensidad, tanto a la hora de seleccionar a los pacientes o de realizar planes de cuidados, como a la de elaborar protocolos o llevar a cabo la valoración y control de los sistemas de presión negativa. También es de destacar la educación sanitaria fomentando el autocuidado.

Actualmente se está potenciando el papel de la enfermería, y como ejemplo de referencia tenemos que en el Hospital Clínic de Barcelona, se está desarrollando un plan de seguimiento, valoración y procedimiento, así como la asignación de personal de referencia en todos los Institutos para la recogida de datos de la presión negativa en todo el ámbito hospitalario. PACIENTE (Nº de Historia Clínica):

INICIO DEL TRATAMIENTO



Marcar localización del tratamiento en dibujo.

Fecha inicio tratamiento	
Nombre de Instituto	
Motivo de indicación (Tipo de lesión)	
Tipo de paciente	Hospitalizado/ Ambulatorio/Mixto
Área herida(longitud x anchura) cm2	
Exudado	Bajo/Medio/Alto
Dolor Escala ENO (1-10)	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Control de la lesión:	
- Maceración	Si/No
- Sangrado	Si/No
- Esfacelo y/o tejido necrótico	Si/No
- Infección	Si/No
- Otras complicaciones	
Presión del sistema	
Apósito (cantidad y tipo)	
Contendor (cantidad y tipo)	

FINAL DEL TRATAMIENTO

Fecha de retirada tratamiento	
Motivo	Curación/ Complicación/Exitus
Especificar complicación	
Valoración Subjetiva de la efectividad tratamiento (grado curación o reducción tamaño herida)	Baja/Moderada/Buena/ Muy buena

En el cuadro se refleja los elementos que se valoran y el material utilizado así como, el ¿Por qué? de la suspensión del tratamiento. En el ámbito hospitalario el cambio de todo el sistema, apósito etc., se realiza cada 3-4 días, mientras que en atención primaria se hace cada 7 días, lo que da la opción de que una misma enfermera pueda asumir y dedicarse a otros pacientes reduciendo costes y optimizando recursos.

Es determinante la colaboración médico-enfermería-paciente para obtener los resultados más óptimos, así como el control periódico microbiológico, siendo importante los tres tipos de muestra: de superficie, por aspiración y por muestra de tejido. Cada vez más se está utilizando los sistemas de presión negativa e irá en aumento por la efectividad que se está demostrando a nivel hospitalario y de atención primaria.

BIBLIOGRAFIA:

HOSPITAL CLINIC ,SMITH&NEPHEW.
European Wound Management Association (EWMA). Documento de posicionamiento: La presión tópica negativa en el tratamiento de heridas. Londres: MEP Ltd, 2007.
Smith&Nephew Guía de utilización del sistema Renasys de TPN en el tratamiento de heridas.2009: 5-8
Argenta L, Morykwas M. Vacuum-Assisted Closure: a new method for wound control and treatment: clinical experience. Annals of Plastic Surgery 1997; 38(6): 563-576.
Barreira F, Carriquiry C. Tratamiento de heridas utilizando Presión Negativa Tópica BIOMEDICINA, 2006, 2 (2) - 122-130 ISSN: 1510-9747

A PROPÓSITO DE UN CASO: USO DE CADEXOMERO YODADO EN ÚLCERAS VENOSAS DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA

Raquel Contreras Fariñas (Coordinadora de cuidados Centro de Salud Letanías)

Rocio Alonso Soriano (Estudiante de 4º año de grado de Enfermería)

Cristina Del Solar Morquillas (Estudiante de 4º año de grado de Enfermería)

Cristina Díaz Ruiz (Estudiante de 4º año de grado de Enfermería)

Por ser este un caso real, el paciente ha dado su consentimiento informado, se ha respetado su anonimato y confidencialidad de datos conforme a las normas oficiales vigentes.

Las úlceras venosas, por ser las más prevalentes y crónicas de las úlceras de extremidad inferior y por tanto las que tienen asociado un mayor impacto en la calidad de vida de los pacientes, exigen una serie de requisitos que contribuirán a una rápida curación de la herida y un menor número de recidivas.

Estos requisitos se pueden resumir en: una atención personalizada al paciente con la asignación de una enfermera referente de sus cuidados, un conocimiento actualizado sobre las úlceras, la compresión y los factores que intervienen en el proceso de cicatrización, así como el conocimiento de los medios técnicos y productos para favorecer dicho proceso.

En el caso objeto de este estudio, se opta como tratamiento local de la úlcera, por el Cadexómero yodado por su acción desbridante, absorbente y antimicrobiana, y por su demostrada disminución en los tiempos de cicatrización.

PALABRAS CLAVE: Úlcera venosa, Cadexómero yodado, enfermera referente

INTRODUCCIÓN

La úlcera de etiología venosa es la más prevalente de las heridas de la extremidad inferior, entre un 75-80%, teniendo en la hipertensión venosa ambulatoria (HTVA) por reflujo venoso patológico, el primer factor desencadenante para la aparición de la lesión.¹

Se considera que el promedio de cicatrización de una úlcera venosa se sitúa en los nueve meses, debido fundamentalmente a la presencia de tejido necrótico en la herida, la elevada carga bacteriana y los altos niveles de exudado². Se

suma que de las inicialmente cicatrizadas, la mitad recidivan en los doce meses posteriores a su curación³.

El hecho de que este tipo de úlceras sean las que presenten mayor tasa de cronicidad y recidiva de todas las úlceras de la extremidad inferior, se debe a múltiples factores como la cronicidad de la patología de base, la comorbilidad presente en la mayoría de casos, las infecciones frecuentes, etc.

Además de estos aspectos, en el caso objeto de este artículo se ponen de relevancia otros factores de competencia casi exclusiva de la enfermera, que una vez modificados, pueden contribuir a una rápida curación de la herida, menores complicaciones y mejora en la calidad de vida de los pacientes. Estos aspectos son: La elección de un tratamiento local de la herida adecuado, la personalización de los cuidados y curas, y el fomento de la adherencia de pacientes y profesionales a la terapia compresiva.

En el tratamiento del caso seleccionado se opta en esta ocasión por un apósito de Cadexómero yodado, que aunque está comercializado en España desde hace sólo unos años, tiene una amplia evidencia científica que respalda su uso y que lo sitúa como antimicrobiano tópico de elección en el abordaje de la úlcera venosa, por su disminución de los tiempos de cicatrización⁴.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente de 74 años, pluripatológico, independiente para las Actividades de la vida diaria (AVD), con diagnóstico de HTVA de 20 años de evolución y antecedentes previos de úlceras en ambos miembros (C5-C6 como grado clínico en la clasificación CEAP). En tratamiento farmacológico con Pentoxifilina cada 12 horas.

En el momento de captación del caso, presenta dos úlceras con antecedente traumático, una en la zona pretibial de 5 x 4 cm, y otra en la zona maleolar interna de 3 x 3 cm. Ambas de 5 meses de evolución, con el lecho de la herida esfacelado y necrótico en un 15%, alto nivel de exudado, piel perilesional macerada y signos claros de infección. (Foto 1)

TRATAMIENTO

En el tratamiento previo de las lesiones no se había utilizado compresión por resistencia del paciente y se habían aplicado diversas alternativas terapéuticas por profesionales de enfermería distintos, hechos que habían impedido hasta la fecha el seguimiento de las heridas y provocado a su vez la evolución tórpida de las mismas. En el momento de la captación, el paciente refiere dolor, preocupación y dudas sobre la evolución de la enfermedad.

Se realiza la asignación a una única enfermera de familia responsable del caso y que será la referente del paciente y sus curas, hasta que se alcance la cicatrización. Se empieza cursando cultivo de la herida con isopo (por ser el único medio al alcance), debido a los signos clínicos de la lesión y a los síntomas manifestados por el paciente.

Dicho profesional basa los primeros pasos del tratamiento, en hacer partícipe al paciente del proceso de enfermedad y de la necesidad de usar algún tipo de compresión como estrategia terapéutica de mayor efectividad en el tratamiento de la úlcera venosa y que a su vez evitará en mayor medida las recidivas posteriores. El paciente finalmente, aunque continúa rechazando el uso de vendajes compresivos, acepta el llevar medias cortas de compresión, entendiendo que es un compromiso que debe mantener incluso aunque se consiga la cicatrización.

En el cultivo cursado se aísla *Citrobacter koseri* y se inicia tratamiento con Ciprofloxacino 500 cada 12 h vía oral.

En cuanto al tratamiento local de elección, dadas las características de las heridas en el día 1 (Foto 1), se opta por el Cadexómero yodado por su acción desbridante, absorbente y antimicrobiana. Como apósito secundario, y debido al mal estado de la piel perilesional, se utiliza un alginato e hidropolimérico no adhesivo y se protege toda la piel circundante de la úlcera con una película barrera no irritante.

A la semana del inicio de tratamiento con Cadexómero yodado, terapia compresiva y pauta antibiótica correspondiente, ya se aprecia tejido de granulación en un 75% de la superficie de ambas úlceras, una mejoría franca de toda la piel perilesional, una disminución del edema del miembro y un menor nivel de dolor manifestado por el paciente. (Foto 2)

A los quince días, ya existe en la úlcera superior una epitelización del 50% de la superficie, reduciendo su tamaño a 2.5 x 2.5 cm, el lecho

de la herida es de granulación aunque se siguen apreciando esfacelos en la parte central y más profunda de la misma. Respecto a la úlcera inferior, aunque hay una evolución positiva, sigue cubierta por un biofilm bacteriano que impide la cicatrización. (FOTO 3)

Al mes de evolución de la úlcera desde su inicio con Cadexómero yodado, la úlcera de la zona pretibial tiene unas dimensiones de 1'5 x 1'5, nivel medio de exudado, piel perilesional con ligera hiperqueratosis y lecho en granulación en su totalidad, por lo que deja de utilizarse el cadexómero yodado para pasar a cubrir simplemente con el apósito hidropolimérico, previo aplicación en la piel perilesional de una emulsión hidratante a base de ácidos grasos hiperoxigenados, mimosa y aloe. (Foto 4)

Respecto a la úlcera inferior, se aprecia una disminución importante de su tamaño con forma irregular debido a los islotes de epitelización, pero aún mantiene una fina capa de biofilm por lo que se mantiene el uso del cadexómero.

A las 9 semanas, se aprecia la práctica epitelización de ambas úlceras. El tratamiento pasa a ser hidratación de toda la piel circundante y apósito hidropolimérico exclusivamente en las zonas ulceradas para evitar el exceso de humedad en las zonas ya cicatrizadas. (FOTO 5)

A los 3 meses desde el inicio del tratamiento, se consigue la epitelización final de las lesiones. Se siguen observando zonas de hiperqueratosis sobre todo en la zona maleolar interna. El paciente refiere conocimientos sobre la importancia de la hidratación diaria de la piel de los MMII con productos específicos, así como la necesidad de uso en su vida diaria de medias de compresión, que él maneja ya de forma autónoma.

DISCUSIÓN

Como principales beneficios del tratamiento seguido con Cadexómero yodado se han encontrado:

- Limpieza rápida de la herida de tejido desvitalizado
- Importante acción antimicrobiana
- Absorción del exudado, manteniendo el ambiente húmedo necesario para la cicatrización.
- Cómodo y fácil de aplicar y retirar para el paciente, sin daño del tejido recién formado.

Han contribuido a la resolución del caso: la personalización de los cuidados, el conocimiento sobre la importancia crucial de la compresión elástica en el tratamiento de una úlcera venosa

y la elección de productos para la preparación del lecho de la herida que estén respaldados por la evidencia científica disponible. Debido a la interrelación de estos factores, se consigue como beneficio inmediato la disminución de los tiempos de cicatrización, y a su vez una mejora importante en la calidad de vida de los pacientes a los que atendamos.

BIBLIOGRAFIA

Documento de Consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior. Septiembre 2008

Verdú Soriano, J. El cadexómero yodado en el tratamiento de heridas. Estudio de una serie de casos con Iodosorb. Revista Rol Enferm. 2010/33 (11): 38-42

Marinello Roura J. Úlceras de la extremidad inferior. Barcelona: Editorial Glosa; 2005

O'Meara S, Al-Kurdi D, Ologun Y, Ovington LG. Antibiotics and antiseptics for venous leg ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD003557. DOI: 10.1002/14651858.CD003557.pub3



11/3/13



20/3/13

ANEXOS



20/2/2013



27/2/13



6/3/13



20/5/13

Ana María Calvo Morado

Enfermera del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

RESUMEN

El objetivo principal de este estudio es identificar Planes de Cuidados posquirúrgicos registrados en la unidad asistencial de Angiología y Cirugía Vascular del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, que comparte camas con las especialidades de Otorrinolaringología y Oftalmología. Para ello, durante un año se recogieron todos los Planes de Cuidados (PC) aplicados en pacientes posoperados de Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA), cataratas y laringectomía, procedimientos que tenían un PC propio en el sistema informático GACELA, operativo en la unidad. Para evitar sesgos, se identificó grupos de enfermeras. El tratamiento de datos se realizó mediante SPSS. En todos los casos se registraron PC, pero sólo en pacientes laringectomizados se aplicó en todos los casos PC posquirúrgicos. Los pacientes intervenidos de AAA tenían menos posibilidades de recibir un PC posquirúrgico y su PC propio fue mucho menos utilizado. La antigüedad de las enfermeras en la unidad no influyó en los registros.

INTRODUCCIÓN

El registro de cuidados de Enfermería es una parte esencial en nuestro trabajo diario. Existen diferentes modelos, como el programa informático GACELA, referente en Sanidad Pública de Castilla y León.

En este estudio, se recoge la comparación de Planes de Cuidados registrados en un año en la unidad de hospitalización de referencia de pacientes de Angiología y Cirugía Vascular del Complejo Universitario Asistencial de Salamanca, situada en el Hospital Clínico y que comparte camas con los servicios de Otorrinolaringología (ORL) y Oftalmología (OFT). Durante más de 30 años esta unidad fue referencia de los servicios de ORL y OFT del Hospital Clínico y desde hace menos de 10, de los pacientes vasculares de las provincias de Salamanca, Ávila y Zamora.

El programa informático GACELA en el Hospital Clínico durante el estudio, ofrecía Planes de Cuidados instalados en el sistema, por ejemplo PC al ingreso, posquirúrgico general u otros posquirúrgicos, o según el tipo de intervención quirúrgica, PC a pacientes laringectomizados, operados de cataratas o AAA (Aneurisma de

Aorta Abdominal), que las enfermeras podían individualizar según las necesidades del paciente. Cada PC incluía diagnósticos, factores de relación, objetivos, complicaciones, objetivos de complicaciones y con un número de acciones determinado según el tipo de PC. Así, el PC posquirúrgico general, descrito en el programa como "PC destinado a enfermos sometidos a una intervención quirúrgica con anestesia general", constaba de 17 acciones, y respecto a los planes de cuidados posquirúrgicos específicos: PC en pacientes intervenidos de cataratas: 19 acciones, PC en laringectomizados: 29 y PC en pacientes operados de AAA: 52 acciones.

OBJETIVOS

General: Identificar Planes de Cuidados registrados en pacientes posquirúrgicos de la unidad de hospitalización de Angiología y Cirugía Vascular del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Específicos:

- Comparar Planes de Cuidados registrados en pacientes posquirúrgicos de distintas especialidades
- Identificar grupos de enfermeras que registran PC posquirúrgicos

MATERIAL Y MÉTODOS

Criterios de inclusión: pacientes ingresados en la unidad de hospitalización de estudio e intervenidos quirúrgicamente de AAA, cataratas y laringectomía en 2007.

Denominaciones:

- Tipos de Planes de Cuidados:
Plan de Cuidados posquirúrgico general
Plan de Cuidados posquirúrgico específico: AAA, laringectomía, cataratas
- Grupos de Enfermería:
Se codificó a las enfermeras para preservar anonimato y se dividieron en 3 grupos:
-Noveles: Enfermeras que no disponen de clave informática
-Expertas: disponen de clave y llevan trabajando más de 20 años en la unidad
-Veteranas: disponen de clave y llevan menos de 20 años en la unidad

Revisión de historias:

Datos generales: edad, fecha de ingreso, cirugía y alta.

Registros de enfermería: ingreso y valoración inicial, comentarios evolutivos sobre el paciente, fecha de recepción posquirúrgica en la unidad, PC aplicados y enfermera. En los Planes de Cuidados se recogió la descripción, diagnósticos, factores de relación, objetivos, complicaciones, objetivos de complicaciones y acciones

Estadística:

SPSS, versión 15 para Windows. Medidas de tendencia central, frecuencias absolutas y porcentajes, prueba de asociación de caracteres cualitativos por medio del criterio de distribución X de Pearson. Significativa $p < 0.05$

Revisión bibliográfica:

internet mediante google académico y bases de datos: CUIDEN, ENFISPO, CINAHL, PUBMED y COCHRANE

RESULTADOS

En todos los casos se registró PC y a todos los laringectomizados, PC posquirúrgicos

Comparaciones significativas ($p < 0.05$):

1. Procedimiento / Planes de Cuidados posquirúrgicos

-AAA: 23 casos, 20 PC y 8 específicos

-Cataratas: 20 casos, 15 PC y 13 específicos

-Laringectomía: 19 casos, 19 PC, 12 específicos

2. Procedimiento / Tiempo de estancia posquirúrgica en la unidad

Respecto a los Grupos de enfermeras / Planes de Cuidados posquirúrgicos:

-Enfermeras noveles (12 de 22 enfermeras): registraron 21 PC, 12 específicos

-Expertas: (6 de 22) registraron 18 PC, 11 específicos

-Veteranas: (4 de 22) 15 PC, 11 específicos

Pacientes intervenidos de AAA:

-Resultaron ser 23 casos. Media de edad: 75 años, media de estancia hospitalaria: 13 días, 10 en la unidad, de los cuales 8 fueron tras la cirugía

-Respecto a la distribución de enfermeras y PC: 9 fueron registrados por expertas, 9 por noveles y 2 por veteranas

Pacientes operados de Cataratas:

-Se atendieron 20 casos. Media de edad: 78 años. Estancia media en el hospital, en la unidad y tiempo tras cirugía: 2 días.

-En 6 casos el PC fue realizado por noveles, 5 por veteranas y 4 expertas

Pacientes laringectomizados:

-19 casos. Edad media: 57 años. Tiempo de estancia media en el hospital: 17 días, 15 en la unidad y 13 tras la cirugía.

-PC: 8 veteranas, 6 noveles y 5 expertas

DISCUSIÓN

Este estudio no abarca los cuidados ofrecidos, sólo los registros. Se realizó en una unidad en la que la implementación del programa GACELA había sido un éxito: todos los pacientes tenían asignado un Plan de Cuidados.

Los grupos de enfermeras correspondieron al ratio general en Salamanca. Ningún grupo de enfermeras se relacionó estadísticamente con procedimientos (AAA, cataratas, laringectomías) ni tipos de PC (general, específico). El registro también resultó ser independiente del tiempo que las enfermeras llevaran trabajando en la unidad.

Respecto a las variables del estudio, sólo resultaron significativas la comparación de Planes de Cuidados con procedimiento y el tiempo de estancia posquirúrgico. Al ser un estudio descriptivo, las inferencias quedan muy limitadas. Sólo se puede usar el factor de correlación, cuyo resultado nos indica que no son independientes, pero no indica relación causal. Así, se ha reflejado que un paciente operado de AAA o cataratas tiene menos probabilidades de registro de un PC que si el paciente es laringectomizado.

El menor tiempo de estancia en la unidad tras cirugía se ha relacionado con no registro de PC, lo cual explicaría 4 de 5 casos de cataratas que se fueron de alta el mismo día de la intervención. En este estudio no se puede establecer causas respecto al menor registro de PC en pacientes operados de AAA, aunque sí citar algunas circunstancias que pudieran influir. Una de ellas es la motivación del personal de Enfermería. En el caso del PC de AAA, las enfermeras de la unidad no habían participado en su creación y puesta en marcha, mientras que sí lo habían hecho en los otros procedimientos (laringectomía y cataratas). Otra cuestión a tener en cuenta sería el elevado número de acciones (más de 50) que

oferta el PC posquirúrgico de AAA, que distan mucho de las 17 acciones del PC posquirúrgico estándar.

Desde inicios de 2013, se está incorporando en el Complejo Asistencial la nueva versión de GACELA: Gacela-Care que incluye taxonomía NANDA, NIC, NOC.

CONCLUSIONES

- En todos los casos se registró PC, aunque no todos tras cirugía.
- La antigüedad de las enfermeras en la unidad no influyó en los registros.
- El tipo de procedimiento se relacionó con el registro de PC.

BIBLIOGRAFÍA

Calvo Morado AM. Programa Gacela del HUSAL: Estudio de Planes de Cuidados posquirúrgicos específicos en una unidad asistencial. Universidad de Salamanca.2009.

Medina Valverde MJ, Rodríguez Borrego JA, Gimenez de la Torre R. Descripción y análisis del grado de aplicación del programa informático de cuidados Azahar, en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba: planteamiento de nuevas líneas de actuación. *Enferm Glob*.2008;13

Currell R UC. Sistemas de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria. *Revisión Cochrane* 2008.

Pérez Soler C, Macián Morro M, García Marín, Alvarez Parraga S, Fernández Solla JR, Sánchez López f, et al. Adaptación de la "Guía práctica clínica de cuidados de enfermería al adulto al programa informático OMI-AP". *Enfermería Clínica*.2004;14(1);46-50

AGRADECIMIENTOS:

Al personal de Enfermería de la 7ª Derecha del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, en especial a María Cruz Vicente Elvira