

cación de un agente etiológico externo. El servicio de Hemodinámica confirmó que la zona de la lesión ulcerada coincidía con el tegumento irradiado por la fluoroscopia durante el procedimiento. A pesar de realizar curas siguiendo el concepto TIME, finalmente fue preciso recurrir a la cirugía.

RESULTADOS

A través de la observación, exploración física y una exhaustiva entrevista, realizamos la valoración a partir de las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson. El Plan de Cuidados se llevó a cabo según las taxonomías NANDA-NIC-NOC.

CONCLUSIONES

En la revisión bibliográfica se describen menos de treinta casos de radiodermatitis secundaria a cateterismo cardíaco; al manifestarse las lesiones a los meses/años de realizado el procedimiento, consideramos que es un problema infradiagnosticado. Con un correcto diagnóstico y el plan de cuidados adecuado, podemos lograr buenos resultados en el manejo de este tipo de lesiones; aunque en algunos casos más graves, la cirugía sea la mejor opción.

PRESENTACIÓN DE UN PROYECTO: IMPACTO DEL MAQUILLAJE CORRECTOR EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON CARCINOMA DE PIEL NO MELANOMA CERVICOFACIAL

Autores: Ramírez-López B; Fernández-Sánchez E; Elorza-Maza I; Blázquez-Sánchez N; De Troya- Martín M; Toribio-Montero JC.

Agencia pública sanitaria Costa del Sol. Marbella. Málaga

Contacto: besealma@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La exposición crónica al sol es la causa principal del carcinoma de piel no melanoma (CPNM). Más del 80% se localiza en la región cérvico-facial. En su tratamiento, se requiere del empleo de técnicas reconstructoras complicadas, que provocan cicatrices postquirúrgicas que alteran la percepción de la imagen corporal. Nuestro propósito es llevar cabo estrategias terapéuticas que minimicen dicho impacto, como el maquillaje terapéutico, siendo una herramienta eficaz para mejorar la calidad de vida y el nivel de satisfacción.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con CPNM en los que realizamos intervención de maquillaje terapéutico. Valoración del nivel de ansiedad, satisfacción y efectos psicológicos.

METODOLOGÍA

Diseño: estudio cuasiexperimental antes-después con simple ciego. Ámbito: Pacientes intervenidos de CPNM en ASCS desde 01/10/2015 a 01/10/16. Criterios de inclusión: Pacientes con CPNM intervenidos quirúrgicamente

en el área de dermatología ASCS. Mayores 18 años. Dominio correcto de la lengua española hablada y escrita. Cumplimentación consentimiento escrito. Asistan a dos sesiones de maquillaje. Criterios de exclusión: Pacientes con demencia, estados confusionales o antecedentes psiquiátricos graves. Procedimiento: Los pacientes que cumplan criterios serán distribuidos en dos grupos. El grupo Control, comenzará captación y seguimiento el 01/10/2015 hasta 30/04/2016, realizando las siguientes actuaciones protocolizadas: Visita 1 visita post-quirúrgica de educación sanitaria y encuesta sobre hábitos de fotoprotección y autoexploración. Visita 2. Al mes de la intervención quirúrgica en consulta de educación sanitaria. Se realiza cuestionario de calidad de vida (DLQI), cuestionario Skin Cancer Index (SCI) y cuestionario sobre nivel de ansiedad (STAI) Visita 3. A los 6 meses. Se realizan los cuestionarios anteriores y el de satisfacción. El grupo intervención, comienza el 01/05/16 hasta el 01/10/16, realizando las mismas visitas. Si en la segunda visita la puntuación de DLQI es > a 6, se incluye intervención de taller de maquillaje terapéutico, que consta de dos visitas: la primera es una intervención individual en donde entrenaremos al paciente con técnicas correctoras de maquillaje con el objetivo de camuflar las lesiones. En la segunda se evalúa el aprendizaje de la técnica. A los 6 meses se pasan de nuevo cuestionarios SCI, DLQI, STAI y cuestionario de satisfacción.

RESULTADOS

En desarrollo el trabajo de campo.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio, pretende demostrar, que instruir al paciente en técnicas de maquillaje llevadas a cabo dentro de los primeros 6 meses tras la cirugía, mejoran su calidad de vida.

HERIDAS COMPLICADAS: DESBRIDAMIENTO CON SOLUCIÓN SALINA Y OXÍGENO COMPRIMIDO

Autores: Requeira-Pan E ⁽¹⁾, Rodríguez-Robisco P ⁽¹⁾, Vázquez-Lago, JM ⁽²⁾

1) Centro de Salud de Zas. A Coruña.

2) Técnico de Salud Pública. XXI Santiago.

Contacto: eva.regueira.pan@sergas.es

INTRODUCCIÓN

El concepto TIME de la preparación del lecho de la herida surge para permitirnos unificar los criterios de actuación frente a las heridas. Este concepto hace referencia a 4 componentes en la preparación del lecho de la herida: (T) control del tejido no viable, (I) control de la inflamación y la infección, (M) control del exudado, (E) estimulación de bordes epiteliales. Eliminar el tejido no viable es la primera medida. Si la cantidad de tejido necrótico es alta, el método más rápido disponible en la consulta de atención primaria es el desbridamiento cortante. Las excepciones serían las úlceras arteriales sin presencia de pulsos, el dolor o los pacientes a tratamiento con anticoagulantes

orales. En ese sentido, las úlceras diabéticas por su compromiso vascular habría que tratarlas con mayor precaución. Es en estos casos donde el sistema de limpieza y desbridamiento Jetox podría resultar de mayor utilidad. El sistema Jetox-ND utiliza oxígeno y una pequeña cantidad de suero salino para la limpieza y desbridamiento del lecho de la herida evitando las complicaciones de los métodos tradicionales.

OBJETIVO

Evaluar la efectividad del método Jetox en la eliminación del tejido necrótico en heridas de pacientes diabéticos a tratamiento con anticoagulantes orales (ACO).

METODOLOGÍA

Estudio de casos con seguimiento prospectivo para evaluar la evolución clínica de las heridas. Se registraron en centímetros las variables de longitud y profundidad de las heridas antes y después del tratamiento, las características del lecho de la herida, y los cambios en esas características mediante fotografía digital. Las variables continuas se evaluaron mediante media y desviación típica.

RESULTADOS

Se siguen 2 casos, varones >70 años, diabéticos e hipertensos con FA a tratamiento con ACO. En total se siguieron 6 heridas. 1 herida exudativa con restos de tejido esfacelar, 4 con tejido esfacelar y necrótico y 1 con signos de infección. En 10 días de seguimiento medio los tamaños de las heridas se redujeron de media $0,94 \pm 0,6 \times 0,6 \pm 0,3$ cm y en 0,1 cm en profundidad. El alta de los pacientes se produjo a los 28 días de media.

CONCLUSIONES

La limpieza y desbridamiento mediante el método Jetox-ND es más efectivo que el desbridamiento cortante convencional a la vez que se muestra más rápido y menos agresivo.

¿DUELEN LAS ÚLCERAS O DUELEN COMO LAS TRATAMOS?

Autores: Palomar-Llatas F, Diez-Fornes P, Sierra-Talamantes C, Fornes-Pujalte B, Debon-Vicent L.

Unidad Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Contacto: federicop43@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El dolor se puede definir y medir según sus causas en agudo, crónico, leve, intenso, no obstante, no lo observamos, sino que subjetivamente lo analizamos según el paciente nos refiere, anotando 0 si es nulo y 10 como máximo nivel en el umbral del dolor. La misma causa o etiología del dolor puede tener distinta percepción entre los pacientes esto nos llevará al riesgo de minimizar esta sensación del dolor que el paciente nos refiere y que nosotros con ellos debemos de comprender ya que el dolor es siempre lo que el paciente nos dice y existe siempre que él lo refiere.

OBJETIVO

Definir las pautas para el alivio del dolor en el tratamiento tópico de úlceras y heridas.

METODOLOGÍA

Descripción del procedimiento. Teniendo definidos los 3 tipos de dolor (dolor nociceptivo, neuropático, irruptivo) se produce durante las actividades cotidianas, como la movilización y en la propia cura tópica de las úlceras (retirada de apósitos, lavado, etc.) debe de ser derivado el paciente para valorar pautas de tratamiento sistémico y el dolor iatrogénico con la retirada del apósito, limpieza y fricción de la herida, duración de la cura, aplicación del apósito y colocación de vendajes.

RESULTADOS / CONCLUSIONES

La limpieza o lavado de la herida se realizará con suero fisiológico o con agua y jabón a temperatura corporal y sin realizar fuerzas de fricción, será por arrastre. No debemos dejar expuesta la herida al medio ambiente, siempre debe de estar cubierta con una gasa humedecida y a temperatura corporal. Procurar una baja adherencia de los apósitos en el lecho de la lesión y en la piel perilesional. Realizar el desbridamiento con hidrogeles (autolítico). Utilización de los alginato cálcico o hidrofibra de hidrocoloide que gelifican y mantienen una correcta humedad en el lecho de la herida y protección de las fibras nerviosas expuestas. La utilización de apósitos en malla (silicona, hidrocoloide). Utilización de fentanilo en úlceras hipertensivas.

INDEPENDENCIA EDITORIAL Y CONFLICTO DE INTERESES DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA Y TISULAR

Autores: Rumbo-Prieto JM¹, Arantón-Areosa L¹, Cortizas-Rey JS¹, Aramburu-García M¹, Rodríguez-Fernández MJ², Moscoso-Otero D³, Outón-Dosil C³, Tomé-Ortega MJ⁴.

- 1) Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol.
- 2) Gerencia de Gestión Integrada de Ourense, Verín e O Barco.
- 3) Gerencia de Gestión Integral de A Coruña.
- 4) Gerencia de Gestión Integral de Vigo.

Contacto: jmrumbo@gmail.com

OBJETIVO

Valorar y comparar la calidad ética (independencia editorial y declaración de conflictos de intereses) de las guías de práctica clínica sobre deterioro de la integridad cutánea y tisular publicada a nivel nacional e internacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo. Búsqueda bibliográfica de GPC nacionales e internacionales vigentes (< 5 años) sobre úlceras vasculares (UV), pie diabético (PD), úlceras por presión (UPP), quemaduras (QQ) y úlceras neoplásicas (UN). Evaluación del dominio 6 (ítem nº 22: independencia editorial e ítem nº 23: conflicto de intereses) del instru-