



RECOMENDACIÓN CIENTÍFICA 00/02/04 DE 4 DE OCTUBRE DE 2.000 DE
LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS.
**PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS
CRÓNICAS EN URGENCIAS**

INTRODUCCIÓN GENERAL

La creciente demanda de los Servicios de Urgencias Hospitalarios, puesta de manifiesto en las sucesivas Memorias del Insalud y los Servicios Regionales de Salud de las CC. AA. con competencias sanitarias transferidas, así como las expectativas de vida y calidad de la misma en la población en general (INE), evidencian un aumento en la demanda de Cuidados Enfermeros por parte de los usuarios de más de 65 años, que hacen preciso recuperar, entre los profesionales de Enfermería, el gusto por el trabajo excelente. Como consecuencia lógica, motivada por el cambio de actitud, obtendremos una nueva realidad “la *no aparición de lesiones en la piel*, en pacientes de riesgo que acuden a nuestras Unidades de Urgencias” debido a la reagudización de sus patologías de base, siendo éstos más propensos a la instauración de los diversos niveles de úlceras crónicas.

La presente Recomendación Científica tiene por objeto no la propuesta de metodología innovadora en la prevención de la aparición de úlceras crónicas, dado que en la actualidad los conocimientos al respecto están científicamente contrastados, sino invitar a que se practiquen, de manera clara esos conocimientos para que el resultado de los mismos sea el esperado: la no aparición de Úlceras Crónicas (Dermatitis por contacto con efluentes corporales, U.P.P., Úlceras Yatrogénicas etc...).

Todos los diplomados de Enfermería que desarrollan su actividad profesional en este ámbito de la asistencia hospitalaria conocen el medio en el que se llevan a cabo todas las prestaciones y, por lo mismo, parecería que todos fuéramos conscientes de la necesidad de aplicarnos al límite en las medidas de prevención de las úlceras crónicas (Dermatitis por contacto con efluentes corporales, U.P.P., Úlceras Yatrogénicas). La movilización de los pacientes, (deambulación, cama-sillón y cambios posturales), el control de esfínteres y en su defecto la inmediata reparación de sus consecuencias, la vigilancia de los puntos de apoyo tanto en pacientes encamados como en sedestación, la vigilancia del contacto con la piel y mucosas de las diversas sondas que pueda portar el usuario, posibles reacciones alérgicas a los tejidos de sábanas y ropa hospitalaria, y tantas cuántas acciones son conocidas en beneficio de la mejor estabilidad de los usuarios son la primera fase a tener en cuenta y por tanto a aplicar en las unidades de urgencias ya que éstas





representan el contacto inicial del paciente con el medio hospitalario y las medidas no tomadas al inicio pueden complicar la situación general del usuario y agravar su nivel de salud.

El desarrollo tecnológico imparable de las diferentes tecnologías de apósitos para la cicatrización de las heridas en condiciones de ambiente húmedo, que nos ofrece el mercado (hidrocoloides, films de poliuretano, Alginatos, hidrogeles, apósitos de silicona, hidro-reguladores, etc.) junto a la reciente incorporación a la familia de foams de los apósitos hidropolimérico en 3 D unido al progresivo desarrollo del conocimiento sobre el cuidado de las heridas, ha evidenciado la importancia que tiene el control del exudado para conseguir la óptima cicatrización de las mismas.

“La cantidad de exudado presente en una herida, puede condicionar las posibilidades de su óptima cicatrización, así, tanto un exceso como un defecto de exudado pueden ser perjudiciales para el desarrollo de los complejos procesos de cicatrización. Un exceso de exudado puede provocar la maceración de la piel perilesional, mientras que la ausencia del mismo puede traducirse en un enlentecimiento de la cicatrización (Bale S. Jones V. 1997)”.

OBJETIVOS: OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS PARA LA EXCELENCIA DE LA CALIDAD

El coste / eficacia del tratamiento local de las úlceras crónicas parece ir inversamente proporcionado, en esta nueva generación de apósitos, Hidropoliméricos 3D, lo que nos permite realizar una gestión más adecuada del gasto sanitario incidiendo de forma satisfactoria en el usuario, que siempre es nuestro primer objetivo, y en el uso más adecuado de los recursos(materiales y humanos).

La cicatrización de las úlceras y el bienestar del paciente son parámetros esenciales para nosotros como Profesionales de Enfermería, por ello a la hora de realizar una recomendación sobre la elección de la alternativa terapéutica destinada al tratamiento de las úlceras crónicas, hemos querido destacar qué criterios son esenciales para nosotros, en la búsqueda de la alternativa terapéutica que mejor se adapte a las necesidades de usuario/familia /Cuidadores primarios.

Tanto Morgan (1.992) como Turner (1.985) describían entre la características que debía cumplir el apósito ideal, la permanencia en la lesión o durabilidad del mismo. para satisfacer al usuario promoviendo la cicatrización y proporcionando una mayor calidad de vida.



En el proceso de curación de las úlceras en nuestro hábitat “Unidades de Urgencias inmersas en la mayoría de los casos en un medio hospitalario”, debemos tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- ✂ La estancia media de nuestros usuarios se mueve en una banda ancha en cuanto al tiempo de permanencia, así como los contactos que el Usuario mantiene con los Profesionales de Enfermería durante la misma.
- ✂ Su destino en ocasiones incierto, es variado: U.V.I, Unidades de hospitalización,... en otras ocasiones su destino inmediato puede ser el medio urbano, o quizá por las connotaciones de algunos de nuestros hospitales el medio rural.

Por los motivos antes mencionados, si relacionamos estancia media, tiempos de enfermería, variaciones en la etiología, localización anatómica y niveles exudativos de las lesiones vemos la importancia que adquiere la durabilidad del apósito o alternativa terapéutica seleccionada, para el tratamiento local de las úlceras crónicas en nuestro ámbito profesional.

La permanencia del apósito sobre la lesión reduce tanto los costes directos del tratamiento de las úlceras crónicas, como los indirectos derivados del tiempo que los profesionales de Enfermería invertimos para la realización de la cura local y cambio de apósitos, por lo que de este modo podemos ver como Enfermería interviene de forma directa en la Gestión Hospitalaria, mediante el uso adecuado de los recursos sanitarios.

Diagnóstico de Enfermería: “Deterioro Real o potencial de la integridad cutánea”

Estado Piel	Grado Movilidad	Incontinencia	Estado General	Estado Mental
Integra	Total	Ninguna	Bueno	Alerta
Dermatitis Primer grado (irritación)	Disminuida	Ocasional Urinaria Fecal	Mediano 3 Comidas P.Seca Ligeros edemas	Apático
Dermatitis Segundo grado (descamación)	Muy limitada	Permanente Urinaria Fecal	Pobre P.Seca Ligeros edemas Lengua saburral T ^a >37 ⁰ C Ingesta líquidos <1000ml/Día	Confuso
Dermatitis Tercer grado (Ulceración)	Inmóvil	Permanente Urinaria Fecal	Muy Malo < 1Comida Anasarca T ^a >38,5 ⁰ C Ingesta líquidos <500ml/Día	Estupor Coma



Etiología: U.P.P. Estadío
Úlcera por Contacto
U.Vascular
Otros, Especificar...

Infección: Sí No
Fase: Nivel Exudativo D* G* E* 3** 2** 1** 0**
Piel perilesional Integra sí No

Localización anatómica, especificar.....

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Gottrup F., Karlsmark T., Venose Bensaer -ogsa en aldersrelateret sygdom, Ugeskrift for læger, 14, Februar 2.000.
- 2.- Rapier CM., An introduction to outcome research, Chapter 7: Measuring Quality of life, Brookwood Medical Publications, 1.996.
- 3.- A comparative study on the performance characteristics of a new foam dressing Biatain Non-adhesive Dressing versus Allevyn Hydrocellular Dressing on venous leg ulcers, Centres in the Netherlands and Denmark.
- 4.- Hermans, Michel H. E., Bolton Laura L., The influence of Dressings on the Costs of Wound Treatment, Dermatology Nursing, Vol. 8, No. 2, april 1.996.
- 5.- Gates A., The use of a non-adherent silicone dressing in arterial leg ulceration, Journal of Wound Care, Vol. 9, No. 2, February 2.000.
- 6.- Thomas S , Wound Management and dressing. London: The Pharmaceutical Press; 1.990.
- 7.- Rose J. Effect of structure on the performance of a hydrocellular wound dressing. En: Suggertt A. Cherry G, Mani R, Eaglestein W. Evidence – based wound care. International congress and symposium series 227. London: The Royal Society of Medicine Press, 1.998: 27-33.
- 8.- Bale S, Jones V. Wound care nursing. A patient centred approach. London: Ballière Tindall, 1.997.
- 9.- S. Thomas, Far M. Humphreys J, Disley L. Waing MJ. The effect of dressings on the production of exudate from venous leg ulcers. Wounds 1.996; 8: 145-150.
- 10.- J. Rose. Effect of structure on performance of celular wound dressings. En: Suggett A. Cherry G. Mani R, Eaglestein W. Evidence-based wound care. International congress and symposium series 227, London: The Royal Society of Medicine Press, 1.998.
- 11.- “Recomendaciones para la elección del Método de Cura”. Jornadas Hosp. Universitario 12 de Octubre, Nov. 99
- 12.- Romo Sanz, M^a Isabel. “ Tratamiento Progresivo de las Heridas en Medio Ambiente Húmedo”. Año 99
- 13.- Lizándara Enrich . AM.; Suñé Negre, JM. “Propuesta de Clasificación de Apósitos estériles modernos”. 1.998.
- 14.- Instituto Nacional de la Salud. “Guía de Cuidados Enfermeros. Úlceras por Presión“. 1.996.
- 15.- Stephen Thomas. “Wound Management and Dressing”.1990

