

Accesos vasculares. Técnica de punción ecoguiada

IMPLANTACIÓN DE RESERVORIO BRAQUIAL EN UN SERVICIO DE RADIOLOGÍA VASCULAR INTERVENCIONISTA

Sra. Elena Arias García¹, Sofia Pérez niño¹, Carmen San Millán¹, Rebeca Escudero Martín¹, Susana Santiago Fernández¹, Francisco Javier Araujo Gómez¹

¹Hospital Clínico Universitario Valladolid, Valladolid, España

INTRODUCCIÓN: El reservorio braquial (PICC-PORT) es un catéter central tunelizado cuyo portal se aloja en la cara antero-interna del brazo.

Estos catéteres suponen una alternativa segura a los dispositivos torácicos, para los pacientes oncológicos con tratamientos quimioterápicos agresivos y prolongados.

OBJETIVOS: Describir el papel de la ecografía en la valoración e inserción del reservorio braquial.

Entender la aplicación teórica y práctica del método ZIM y la tunelización del catéter PICC-PORT.

MÉTODO: Se realiza una revisión bibliográfica, utilizando diferentes bases de datos como Cochrane, Pubmed, Medline, Google Académico.

RESULTADOS: El paciente acude a la consulta de accesos vasculares para ser informado del procedimiento, riesgo de posibles complicaciones. Se le aporta el consentimiento informado, se le realiza una prueba de coagulación y es citado para el día de la intervención.

Ese día debe acudir en ayunas. En sala se canaliza una vía venosa, se monitoriza las constantes vitales y se administra profilaxis antibiótica.

El acceso venoso se realiza bajo control ecográfico, técnica que permite la punción de segmentos venosos no palpables, limitando el número de punciones y las posibles complicaciones secundarias.

Tras la implantación del sistema, el paciente permanece 2 horas en observación.

El día posterior, acude a revisión y se descartan posibles complicaciones. Además, se le facilitan las pautas de mantenimiento y se le cita para las sucesivas consultas.

CONCLUSIONES: Es fundamental la formación del personal de enfermería en la implantación de estos dispositivos, evitando posibles complicaciones derivadas de una inadecuada implantación o a unos cuidados inapropiados.

El PICC-PORT es una buena alternativa a la colocación de los reservorios torácicos, ya que mejoran la calidad de vida del paciente, presentando un menor porcentaje de complicaciones y un menor gasto hospitalario.

No se debe olvidar la importancia de una buena comunicación con pacientes y familiares, fomentando la Educación de la Salud.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

Actuación de
enfermería en el
proceso de atención
continuada al paciente
con patología vascular:
niveles asistenciales de
primaria y
especializada



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995
<https://www.congresos.aeevh.org/>



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995
<https://www.congresos.aeevh.org/>

LA CORONA FLEBECTÁSICA COMO INDICADOR DE INSUFICIENCIA VENOSA AVANZADA

Ana Gómez Usobiaga¹

¹Gerencia de Atención Primaria de Toledo

INTRODUCCIÓN: varón de 81 años. En la exploración de miembros inferiores se observan telangiectasias, venas dilatadas y máculas purpúricas/marronáceas en la cara externa del tobillo y pie, dispuestas en forma de abanico. Este patrón se corresponde con la definición de corona flebectásica.

OBJETIVOS: definir el concepto de la corona flebectásica y conocer sus implicaciones. **Método:** revisión bibliográfica en base a un caso clínico. Se realizaron búsquedas en las bases de datos PubMed, Cochrane, Scopus y Scielo, excluyendo aquellos artículos publicados antes del 2017. También se empleó el metabuscador TripDatabase.

RESULTADOS: La corona flebectásica es una alteración secundaria a la hipertensión venosa, ligada a la presencia de reflujo en las venas safenas o a la existencia de venas perforantes incompetentes. La presencia de la misma, tradicionalmente ha sido considerada como un signo precoz de enfermedad venosa crónica. En la actualidad ya no se considera únicamente una orientación al diagnóstico de enfermedad venosa crónica, sino que constituye en sí misma un signo de enfermedad venosa crónica avanzada y es un indicador de la aparición de úlceras venosas. En 2020 fue incluida en el apartado específico C4c de la clasificación CEAP de los trastornos venosos crónicos.

CONCLUSIONES: es importante conocer las principales manifestaciones visibles de las alteraciones en miembros inferiores de aquellos pacientes con enfermedad venosa crónica, para hacer una correcta valoración. De esta forma podemos identificar patrones anormales, como la ya citada corona flebectásica, que indica la existencia de enfermedad venosa crónica avanzada y señala un riesgo aumentado de progresión a úlcera venosa, como le ocurrió al paciente de este caso clínico. El número de estudios publicados que hablan sobre la corona flebectásica es limitado, y en general todos ellos hacen referencia a la clasificación CEAP (Clinical-Etiological-Anatomical-Pathophysiological) que incluye las principales alteraciones morfológicas y funcionales del sistema venoso.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

LA INP ENFERMERA NUEVO CANAL DE COMUNICACIÓN ENTRE AP Y CIRUGÍA VASCULAR.

Estefania Ibañez Lagunas¹, Sra Edurne Berrade Zubiri¹, Irene Mandorrán Navajas¹, Nahia Arriza Gulina², Sonia Ornia Mateo², Marta Pérez Berrueta².

¹Centro de Salud Segundo Ensache, Pamplona. ²Centro de Salud San Juan, Pamplona.

INTRODUCCIÓN: La Interconsulta No Presencial (INP) consiste en una forma de comunicación entre profesionales de la atención primaria y la hospitalizada que reduce las derivaciones de pacientes, permitiendo tomar decisiones sin desplazarlo, a través de la historia clínica informatizada. Esta nueva herramienta se ha introducido recientemente en el sector de la enfermería. Hasta ahora este tipo de consultas se realizaban telefónicamente o por mail, no dejando constancia de la actividad asistencial. La INP de enfermería favorece la continuidad de cuidados del paciente mediante un canal de comunicación formal entre los diferentes profesionales.

OBJETIVO: Conocer el manejo de la INP enfermera en procesos vasculares y pie diabético entre AP y Cirugía Vascular en Navarra y desarrollar posibles áreas de mejora para su completa implementación.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo del uso de la INP enfermera por áreas de salud entre AP y Cirugía Vascular en Navarra.

RESULTADOS: El número total de INPs enfermeras de junio a diciembre de 2021 fueron de 32; de las cuáles 18 fueron de mujeres y 14 de hombres. Del total de INPs 27 consultas fueron a pacientes diferentes, siendo 6 los pacientes sobre los que se realizó más de una consulta. Un total de 27 fueron derivadas a cirugía vascular y 5 para pie diabético.

CONCLUSIONES: El desarrollo de la INP enfermera como nuevo canal de comunicación permite impulsar y fortalecer la coordinación entre AP y Cirugía Vascular, mejorando la calidad, confort y seguridad del paciente evitándole desplazamientos y largas listas de espera. En Navarra, la INP enfermera en procesos vasculares y pie diabético comenzó a desarrollarse en época de pandemia lo que ha dificultado su implementación total, necesitando un nuevo impulso para su desarrollo total.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

CASO CLÍNICO. TERAPIA DE DESBRIDAMIENTO LARVAL

INTRODUCCIÓN: La terapia de desbridamiento larval se describe como la utilización de gusanos para la eliminación de tejido no viable. Se trata de un método de desbridamiento mecánico que, además, ayuda a combatir la infección y favorece la normalización y cierre de las lesiones. Los tejidos sanos no se ven afectados, convirtiendo este método en el más selectivo de entre los disponibles.

OBJETIVO:- Conocer la eficacia del desbridamiento mecánico por larvas en el manejo de úlceras venosas.

MÉTODO: Para ello se aplicó la terapia de desbridamiento larval en una paciente de 75 años de edad ingresada en el Hospital Clínico de Valencia y que cumplía los criterios para entrar en el estudio. Se procedió a realizar una valoración global de la paciente y de la úlcera. La paciente presentaba patologías asociadas como FA, EPOC, HTA, DM tipo 2. En cuanto a la lesión se pudo definir su etiología venosa, descartándose alteración arterial, esta presentaba una gran extensión de tejido predominantemente necrótico, con abundante exudado. Además de ser muy dolorosa (escala EVA de 10).

RESULTADOS: Se realizó un seguimiento durante 3 semanas con curas diarias y se aplicaron hasta 5 biobag de larvas. Pudimos ir valorando en cada cambio del apósito (el cual se realizaba cada 4/7 días) como se producía una reducción del tejido necrótico. Además, valoramos que la aplicación de las larvas no suponía ninguna repercusión negativa para la paciente.

CONCLUSIONES: Se consiguió desbridar todo el tejido necrótico de la lesión usando un método no cruento que no provocaba dolor a la paciente, de hecho, este se redujo hasta en 3 puntos en la escala EVA. Además, se observó la viabilidad de las larvas a pesar de encontrarse la herida infectada por la bacteria *Pseudomonas aeruginosa* en un cultivo previo.

EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE TERAPIA COMPRESIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA LESIONES POR INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA.

Humanes Arrabal, Arantxa¹, Núria Tuset Mateu¹, Montserrat Villanueva Villanueva¹, Isabel Plaza Vicente³, Núria Martínez Hernández², Núria Vidal Martínez².

¹ICS - SAP Delta, L'hospitalet De Llobregat, España, ²ICS - SAP APGBLLN, Barcelona, España, ³ICS - SAP CENTRE, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN: El gold estándar en el tratamiento de las Úlceras Venosas (UV) es la terapia Compresiva (TC). Los principales factores que limitan su uso van desde el desconocimiento fisiopatológico de la insuficiencia venosa crónica (IVC) como a la falta de pericia en su aplicación.

OBJETIVOS: Evaluar el uso de la TC en el abordaje de la IVC mediante un indicador de evaluación de los días con TC en los días de UV activa tras la intervención de la enfermera de práctica avanzada de heridas en atención primaria.

MÉTODO: Cohorte prospectiva de seguimiento de prevalencia y consumo del material de TC en 20 equipos AP de los años 2018 a 2021 Intervención consistente en el soporte y asesoramiento desde la consulta y la formación continuada (curso on-line, talleres prácticos y sesiones). Los datos observados son el consumo de TC vs número de días con UV activa en paciente bajo tratamiento con TC. Se determinó un indicador indirecto de compresión a partir de un algoritmo que calcula el número de dispositivos consumidos según su tipología (tracción corta, multicomponente y ortesis) y su media de días de uso.

RESULTADOS: En 2018 se consumieron 978 unidades de TC permitiendo 9549 días de compresión de los 93.376,5 días con UV, representa un 10% de la población con lesión activa. Una vez realizada la intervención, en 2021 el consumo fue de 1944 unidades TC de diversa índole, que permiten 197.798,75 días de compresión de los 165.749 días con UV activa, el resultado es porcentaje de cobertura del 107,4%

CONCLUSIONES: La implantación de la figura EPA en los equipos de atención primaria ha facilitado la implementación del uso de la TC en la práctica habitual de los profesionales para el abordaje de la IVC.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

DESBRIDAMIENTO NO QUIRÚRGICO DEL HEMATOMA SUBCUTANEO EN EXTREMIDAD INFERIOR

Mónica González Durán¹, Sra Marta Prats Guardiola³, Sra Elena Chivite³, Sr Jordi Casanovas Olià², Sra Lidia Sanchez Fernandez¹, Sra Eva Abaijón Pons¹

¹ICS - SAP Delta, L'hospitalet De Llobregat, España, ²ICS - SAP APGBLLN, Barcelona, España, ³ICS - SAP CENTRE, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN: La piel es el mayor órgano de nuestro cuerpo y del que hay que destacar su función barrera contra las agresiones externas/internas. Esta función se ve afectada con el envejecimiento cutáneo, proceso fisiológico caracterizado principalmente por la aparición de las arrugas, la formación de una piel más fina y la sequedad cutánea. Diferentes factores pueden afectar a la aparición de lesiones en paciente añosos la dermatoporosis es una de ellas seguidos de múltiples factores incluidos traumatológicos. A continuación comentamos caso de paciente derivada a consulta de heridas crónicas en atención primaria

OBJETIVOS: Conseguir un desbridamiento no quirúrgico y no doloroso en paciente ATDOM de edad avanzada.

METODOLOGIA: Paciente de 86 años mujer con antecedentes personales de hipertensión, insuficiencia cardíaca y deterioro cognitivo leve. Vive con cuidadora asalariada. Anamnesis: paciente con lesión en zona pretibial de unos 10 días de evolución de causa desconocida, EVA 10 con evolución torpida, signos evidentes de infección y en una derivación a urgencias la orientaron como necrosis. Tras la evaluación exhaustiva de AP y objetivado por localización y estado de lesión se orientó como hematoma y se procedió a desbridamiento osmótico mediante apósito hidroactivo con rynger.

RESULTADOS: A las 24h se observa un desbridamiento casi completo de la placa necrótica dejando visualizar la profundidad de la lesión. A los 12 días: lecho completamente limpio por lo que se procede a cambio en la pauta de cura a terapia de presión negativa que finalmente la paciente no tolera. Por lo que se inicia un cambio en la pauta de cura con apósito inhibidor de metaloproteasas y apósito secundario con bordes hasta casi la cicatrización completa a los 3 meses.

CONCLUSIONES: Es importante la correcta adecuación diagnóstica para poder realizar una elección correcta del tratamiento para disminuir el dolor en las curas y avanzar en el proceso de desbridamiento y cicatrización



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

MONITORIZACIÓN DEL TIEMPO DE COAGULACIÓN ACTIVADO (ACT) EN EL QUIRÓFANO DE CIRUGÍA VASCULAR

Sara Rey Hortiguera¹

¹Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

INTRODUCCIÓN: Los procedimientos intervencionistas vasculares desencadenan una activación de la cascada protrombótica pudiendo provocar trombosis o embolización de lesiones ateroscleróticas estables o asintomáticas previas. Para prevenir estas complicaciones se hace imprescindible una anticoagulación sistémica del paciente. La heparina no fraccionada es el fármaco de elección. La curva dosis-respuesta es sumamente variable en cada paciente debido a las diversas proteínas endógenas que se unen a la heparina. Debido a este efecto impredecible de la heparina surge la necesidad de monitorizar intraoperatoriamente su efecto anticoagulante mediante el tiempo de coagulación activado (ACT).

OBJETIVOS: Documentar y aprender nuevas técnicas que suponen avances y seguridad para el paciente. Sistematizar la recogida de muestras para la monitorización del ACT-Conocer y manejar la gráfica de registro del ACT.

MÉTODO:

-Revisión bibliográfica a través de bases de datos: ClinicalKey, Pudmed, Medline,Cuiden-Revisión de manuales de uso de ACT plus.

-Observación de nuestra práctica diaria en el quirófano de cirugía vascular.

RESULTADOS: El ACT es una prueba de laboratorio en el lugar de asistencia, se utiliza para conocer el estado de coagulación de la sangre. Con su monitorización intraoperatoria obtenemos un cálculo de la curva de respuesta a la dosis de heparina no fraccionada en cada paciente, proporcionando una herramienta eficaz en la administración de la dosis precisa para conseguir la anticoagulación sistémica en el rango terapéutico necesario y su mantenimiento durante toda la cirugía, facilitando a su vez la reversión a cifras basales.

CONCLUSIÓN: La correcta recogida de la muestra y el manejo eficaz de la gráfica de registro por parte del personal de enfermería es esencial para garantizar una adecuada anticoagulación minimizando el riesgo de complicaciones tanto por exceso como por defecto de dosis evitando la exposición del paciente a riesgos innecesarios.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR VASCULAR: A PROPOSITO DE UN PROYECTO.

Srta ROSA MARÍA VALENCIA MURCIEGO¹, Srta MARTA GARCIA NIETO¹

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEON. HULE, LEÓN, ESPAÑA

OBJETIVOS: Describir las principales características de la unidad multidisciplinar vascular, implantada recientemente en el HULE.

METODOLOGIA: En 2022 se realiza la implementación de la unidad multidisciplinar vascular, que pretende desarrollar una estrategia de prevención tratamiento de lesiones vasculares. Se trata de un hospital de día vascular compuesto de dos áreas: una sala de curas/consulta de enfermería vascular y un segundo espacio habilitado como consulta para el cirujano vascular. Los pacientes derivados a la unidad se recibirían desde: • Hospitalización de



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

planta (pacientes q acaban de ser revascularizados, pendientes de cicatrización completa de heridas y/o con lechos de amputación con tórpida evolución)• Consultas externas (a través de interconsulta o derivación)• Desde servicio de urgencias para valoración rápida y ambulatoria por la enfermera.El manejo clínico de la patología vascular precisa de un informe multidisciplinar donde cada profesional implicado tiene un rol definido y donde la enfermera desempeña una papel clave.

RESULTADOS:La creación de una unidad multidisciplinar vascular se lleva a cabo para dar respuesta a las necesidades de los pacientes de etiología vascular en régimen ambulatorio, además de dar una atención integral interpretada y multidisciplinar, con estrategias encaminadas a la prevención y a las posibles complicaciones.

CONCLUSIONES:La implementación de la unidad multidisciplinar vascular mejora los resultados en salud y atención de los pacientes de etiología vascular, a la vez que contribuye a dar una atención segura, de alta calidad, efectiva y basada en la evidencia.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995
<https://www.congresos.aeevh.org/>

APLICACIÓN DEL METAPARADIGMA ENFERMERO EN EL ABORDAJE DE ÚLCERAS VENOSAS CRÓNICAS

Sra María Ángeles Sánchez Turpín, Antonio Contreras Fernández¹, Isabel de los Ángeles Ruiz Fernández¹, Naiara Cerón Pimpinela¹, Marta González López¹, Ana García Rubio¹

¹Centro De Atención Primaria De La Ñora, Murcia, Spain

INTRODUCCIÓN: Las úlceras venosas crónicas, definidas como la alteración de la integridad cutánea por más de 4 semanas resistentes al tratamiento, representa el 80% de las úlceras de miembros inferiores (MMII). Es la expresión más grave de la enfermedad venosa crónica, secundaria a la hipertensión venosa constante. En la actualidad se calcula que el 2% de la población general padece úlceras venosas crónicas en MMII.

OBJETIVO: Minimizar el riesgo de amputación de miembros inferiores en úlceras venosas crónicas atendiendo al paradigma enfermero.

MÉTODO: Presentamos el caso de una mujer de 58 años pluripatológica compleja, con mala adherencia al tratamiento, que presenta úlceras en ambos MMII con una evolución de 3 años. Ingresos hospitalarios recurrentes, es derivada a Medicina Interna (Infecciosas) y Cirugía Cardiovascular, donde plantean que, dadas la extensión de la herida y las escasas opciones terapéuticas, existe la posibilidad de amputación si no se logra el control del dolor. Atendiendo a la Metodología Enfermera y tras su valoración, se realizan los diagnósticos pertinentes, seleccionando el diagnóstico de “00046 Deterioro de la Integridad Cutánea” r/c “00225 Alteración de la Circulación” y aplicando las siguientes intervenciones de enfermería:- 0200 Fomento del ejercicio.- 1100 Manejo de la nutrición.- 2316 Administración de medicación: tópica.- 3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico.- 3660 Cuidados de las heridas.- 4070 Precauciones circulatorias.

RESULTADOS: Se consiguió la adherencia al tratamiento, restauración de la integridad cutánea y por ende la no amputación del MMII.

CONCLUSIONES: Constatamos que el abordaje integral y holístico del paciente, junto al uso adecuado de la metodología enfermera, puede llegar a suplir ciertas carencias que son patentes en otras disciplinas, contribuyendo a la mejora de la autonomía y bienestar biopsicosocial del paciente



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PERSONA CON HERIDA DE DIFÍCIL CICATRIZACIÓN SECUNDARIA A ARTERIOLOPATÍA. CASO CLÍNICO.

Daniel Susín López¹, Esther Moreno Cabello¹, Soledad Gómez-Escalonilla Lorenzo¹

¹Centro de Salud de Torrijos., Torrijos, España

INTRODUCCIÓN: La arteriopatía es la enfermedad de las arteriolas. La edad, hipertensión y diabetes favorecen el proceso denominado arteriosclerosis, que consiste en engrosamiento y pérdida de elasticidad de las paredes de las arteriolas con la consiguiente disminución de su lumen.

OBJETIVO: Describir el caso clínico de una paciente con herida de difícil cicatrización relacionada con arteriopatía periférica.

MÉTODO: Desarrollo de Plan de Atención de Enfermería: Valoración (Patrones funcionales Marjory Gordon), Diagnóstico (NANDA), Planificación (NOC-NIC), Ejecución y Evaluación. Mujer, 85 años, con antecedentes personales: diabetes, hipertensión arterial y leucoencefalopatía vascular secundaria a ictus.

RESULTADOS: Tras valoración, se selecciona el diagnóstico enfermero deterioro de la integridad cutánea (00046), resultados: integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101) y curación de la herida: por segunda intención (1103), e intervenciones: cuidados de las heridas (3660). Inicialmente se contacta por teléfono, describen la herida como lesión ulcerada en zona tibial anterior de 1 semana de evolución con medidas de 2x1cm. Presenta tejido fibrinoso en lecho, no signos de infección/inflamación y escaso exudado. Zona perilesional brillante y tirante. Refiere dolor a la manipulación. Tras valoración en consulta, se realiza cura con suero fisiológico y se retira parte del tejido fibroso/esfacelar con cureta. Se aplica desbridamiento enzimático con colagenasa y se ocluye la herida con apósito. Se ofrece terapia compresiva que rechaza por no tolerancia. Se realizan seguimientos telefónicos y en consulta. Debido a mala evolución por cambios en tratamiento inesperados, se aplica una solución electrolizada como hidrogel y apósito DACC. Finalmente, tras estancamiento en la cicatrización, se aplica apósito de colágeno hasta epitelización final de la herida.

CONCLUSIONES: La actualización de la enfermera de familia en el cuidado de las heridas es indispensable para poder garantizar la cicatrización adecuada de las heridas. Aplicando la evidencia disponible es posible reducir el tiempo de cicatrización y así mejorar el bienestar de nuestros pacientes.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

FAST-TRACK EN LA ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA

Silvia García Varga¹, Olga Robles Cañón¹, Raquel Carnero Les¹, Eduardo Perez Calzada¹, Gardenia Ausin Reguera¹, Eva Rodríguez Joris¹

¹Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

INTRODUCCIÓN: La endarterectomía carotídea es la técnica de elección cuando se plantea tratamiento quirúrgico de la patología aterosclerótica en la bifurcación carotídea. Se trata de una medida de prevención de ACV isquémicos, ya que el 20-30% tienen su origen en una ateroembolia desde una placa inestable en el origen de la carótida interna.

OBJETIVOS: Dar a conocer el protocolo del Hospital Universitario de Burgos del fast-track en la endarterectomía carotídea.

MÉTODO: Presentamos el nuevo protocolo de fast-track en la endarterectomía carotídea del Hospital Universitario de Burgos. Este protocolo se realizó por un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por enfermer@s, anestelistas y cirujanos vasculares del hospital y tras una revisión bibliográfica de la última evidencia en las principales bases de datos.

RESULTADOS: La morbilidad postoperatoria es el resultado de un conjunto de factores que dependen tanto de la propia intervención quirúrgica como de la respuesta a la misma y de sus consecuencias. Para reducirla se requiere de una serie de actuaciones que van desde una adecuada información preparatoria hasta acciones encaminadas a reducir el estrés, controlar el dolor y modificar los cuidados perioperatorios. En el protocolo de la cirugía fast-track se incluyen diferentes técnicas anestésicas, de control del dolor, rehabilitación más agresiva o nutrición oral precoz. Con estos procedimientos se pretende reducir la respuesta al estrés quirúrgico y la disfunción de órganos y así acortar de forma muy significativa el tiempo requerido para una recuperación completa.

CONCLUSIONES: La implantación de este protocolo y su adecuado funcionamiento requiere de la existencia de un equipo multidisciplinar correctamente formado y entrenado. Dentro de este equipo, los profesionales de enfermería juegan un papel primordial, no solo ejerciendo su labor asistencial, sino también educando e informando a los pacientes.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

Heridas vasculares



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995
<https://www.congresos.aeevh.org/>

SIN COMPRESIÓN NI EDUCACIÓN NO HAY CURACIÓN

Ana Lafuente Martínez¹, Iranzu Fierro Angulo¹, Paula Manzano Chico²

¹Osakidetza, Vitoria-gasteiz, España, ²SACYL, Soria, España

INTRODUCCIÓN: Seguimiento caso clínico mujer 80 años.

Antecedentes médicos y quirúrgicos:

- RAM: amoxicilina.
- HTA y dislipemia
- Fibrilación auricular
- Enfermedad renal crónica
- Linfedema crónico
- Lipodermatoesclerosis en extremidad inferior izquierda

Presenta lesión en extremidad inferior izquierda, de un año de evolución tórpida con episodios de celulitis que han requerido ingreso hospitalario y tratamiento antibiótico.

OBJETIVOS: Abordar integralmente lesión de origen vascular en tercio inferior supramaleolar en cara interna de extremidad inferior izquierda: dimensión 1,5x1 cm, afectación del tejido subcutáneo, con bordes delimitados, tejido fibrinoso y friable, exudado leve-moderado. Presenta lesiones satélites. Piel perilesional descamada y eritematosa. Etiología venosa. Dolor acentuado durante las curas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se elabora plan de cuidados siguiendo la metodología enfermera. Se realiza índice tobillo-brazo con resultado de 1,1 descartándose enfermedad arterial periférica. Se realiza limpieza con suero fisiológico, se aplica anestésico tópico y se deja actuar durante 10 minutos, se retira y se realiza curetaje del lecho. Se aplican fomentos de polihexanida-betaina durante 15 minutos, hidratación del resto de la extremidad con ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) y desbridamiento de costras con pinza.

Se inicia tratamiento tópico con apósito hidrodetersivo con plata y se inicia terapia compresiva con vendaje multicomponente de 20 mmHg.

RESULTADOS: Inicialmente vendaje no tolerado con reticencia a su utilización. Tras educación sanitaria, accede a su colocación. Siguiendo pauta de cura (3 veces/semana), la evolución ha sido favorable. A los cuatro meses la lesión presenta tejido epitelial, por lo que se mantiene hidratación y terapia compresiva a fin de evitar recidivas.

CONCLUSIONES: Resulta imprescindible la educación sanitaria sobre el tratamiento etiológico de las lesiones, empoderando al paciente en su cuidado para asegurar un correcto abordaje de la lesión desde el inicio para evitar recidivas y mejorar su calidad de vida.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

MANEJO DEL EXUDADO EN ÚLCERAS VENOSAS DE LARGA EVOLUCIÓN ¡UN RETO!

Sra. Julia Grau Laganga¹, María Eugenia Barrena Guijarro, Srta Marta Twose López, Sofía Díaz Alonso²

¹Centro De Salud Gazalbide-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz, España

INTRODUCCIÓN: Paciente de 83 años con antecedentes de insuficiencia venosa crónica, hipertensión y fibrilación auricular, presenta desde 2016 úlceras venosas en extremidad inferior derecha.

OBJETIVOS: Úlceras a nivel de maléolo interno (8x6x1cm) y maléolo externo (6x5x1cm). Ambas con fibrina en lecho, bordes macerados y fuga de exudado. Piel perilesional y extremidad inferior con hiperqueratosis.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se determina pauta de cura tres días a la semana, realizando limpieza de la extremidad con agua y jabón. Desbridamiento del lecho con curetaje y fomento de Polihexanida-betaina (Prontosan®). Se tratan los bordes y piel perilesional con crema Cavilon®. Sobre el lecho, se utiliza Biatain Fiber® como apósito primario y encima Biatain Silicone®. En la extremidad se aplica crema Epaderm® para la hiperqueratosis con desbridamiento posterior de costras.

La negociación de la terapia compresiva por medio de vendaje multicapa, hasta alcanzar los 40 mmHg, no fue costosa ya que el paciente se encontraba desesperado dados los problemas que le acarreaban a su vida diaria la fuga de exudado.

RESULTADOS: La evolución de las lesiones fue favorable hasta el día 126, en el que hubo un retroceso de la herida del maléolo externo, con aumento de olor y exudado, por lo que se decidió realizar un cultivo. Se cambió a Biatain Silicone Ag® y tratamiento antibiótico

CONCLUSIONES: Biatain Fiber® es una fibra capaz de manejar el exudado y el biofilm de una forma muy eficaz. Con ello, se consigue un buen control de la piel perilesional, bordes y del lecho con lo que la úlcera está en la mejor situación posible para ir progresando.

Se ha conseguido que el paciente realice una vida normal, ya que previamente, debido a la fuga de exudado y el olor que ello provocaba, se estaba aislando de su círculo social.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

¿SE DEBE REALIZAR DE FORMA SISTEMÁTICA EL ITB EN PACIENTES CON ÚLCERAS DE LA EXTREMIDAD INFERIOR?

Sr Pedro Francisco González Muñoz, Sra Patricia Rial Lorenzo, Sra Verónica Fernández Martins, Sra María Izarbe Molina Domec

¹CAP Sant LLàtzer (Consorci Sanitari de Terrassa), Terrassa, España

INTRODUCCIÓN: En las úlceras de las extremidades inferiores (EEII) se incluyen úlceras arteriales, venosas, diabéticas y por presión. El primer paso para una evolución favorable es identificar su etiología. El examen físico de las EEII comienza con la evaluación clínica, que incluye palpación pulsos y una evaluación hemodinámica con la medición del índice tobillo-brazo (ITB).

OBJETIVO: Conocer si ante la presencia de una úlcera en la EEII se debe realizar el ITB.

MÉTODO: Revisión bibliográfica realizada durante marzo del 2022 en las bases de datos Pubmed, CINAHL y Dialnet. Criterios de inclusión: artículos con antigüedad máxima de 5 años; en castellano, inglés y portugués y cualquier tipo de diseño. Se obtuvieron 192 artículos, fueron incluidos 14 artículos.

RESULTADOS: En personas con úlcera en las EEII que no cicatrizan se recomienda la medición del ITB en reposo. La evaluación vascular a través de la historia clínica y el examen físico son insuficientes para el diagnóstico de enfermedad arterial periférica (EAP). Sólo el 16% de las úlceras en EEII tienen una medición del ITB o una exploración Doppler. Los pacientes con síntomas de EAP pero con un ITB normal en reposo, puede evaluarse el ITB durante el ejercicio. En pacientes con DM2 existe ambivalencia acerca del ITB para la evaluación de la EAP. El índice dedo brazo (IDB) parece ser una prueba más fiable. Aconsejan repetir la medición del ITB cada 12 semanas en heridas de las EEII que no cicatricen.

CONCLUSIONES: En una persona con úlceras en EEII debemos asegurarnos de que la etiología de la úlcera haya sido confirmada. En primer lugar, debemos realizar la medición del ITB. Si existiesen dudas en la precisión del resultado del ITB en reposo, realizaremos el ITB durante el ejercicio. En pacientes con DM2, el IDB parece ser más fiable que el ITB.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

ISQUEMIA ARTERIAL CRÓNICA: CASO CLÍNICO.

Sra. Ana Micaela Ocaña Tejedor¹, Sra Marian Navajo Rodriguez, Sra M Jose Velamazán Rey

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

INTRODUCCIÓN: La isquemia arterial crónica es la manifestación secundaria a la aterosclerosis sistémica en miembros inferiores.

Su incidencia aumenta con la edad:

- 8% de la población global en España.
- 25-30% en pacientes mayores de 70 años.

Es un marcador de riesgo cardiovascular que multiplica por 6 el riesgo de muerte y también un marcador de riesgo de amputación (invalidez).

Sin un proceso de revascularización adecuado, la isquemia crítica supone la pérdida de la extremidad en más del 50% de los pacientes en los 6 meses posteriores a su instauración.

METODOLOGÍA: (exposición del caso clínico): Mujer de 66 años, con los siguientes antecedentes personales: lupus cutáneo, infarto cerebral en arteria cerebral media derecha (ACM-D), hipertensión arterial (HTA), ateromatosis carotídea grave bilateral, patología de la articulación temporomandibular (ATM) con limitación de apertura mandibular, asma.

Exploración física alterada: oclusión fémoropoplíteo bilateral de miembros inferiores (MMII). En el miembro inferior izquierdo (MII) presenta una úlcera extensa en antepie y tobillo con exposición tendinosa y con secreción purulenta y bordes macerados. Necrosis húmeda de primer y segundo dedo. Durante su ingreso en planta se realizan curas diarias según pauta médica, siendo intervenida el día 3 de noviembre para revascularización, realizando by-pass fémoropoplíteo con vena safena interna (VSI) invertida, además se realizó una limpieza quirúrgica de la úlcera finalizando con terapia de presión negativa (TPN).

Tras la retirada de TPN, se inicia tratamiento con prontosan gel, tras una mejoría sustancial del lecho de la herida, es dada de alta con seguimiento en consultas externas el día 19 noviembre 2021, hasta el momento actual.

OBJETIVOS: Diseñar un poster que proporcione información actualizada que aumente los conocimientos de los profesionales de enfermería.

RESULTADOS: Reflejar la notable evolución de la úlcera.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

TRASTORNOS MENTALES COMO CONSECUENCIAS DE UNA AMPUTACIÓN DE EXTREMIDAD INFERIOR

Sra. Laura Silva Bertrán¹, Sra Ana Maria Vidal Vicente¹, Sra Ana Magdaleno Morcillo¹, Sra Laura del Carmen Berlinches Casanova¹, Sra Tania Torres López¹, Sra Rosa Güell Baró¹

¹Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, España

INTRODUCCIÓN: Amputación es la pérdida de una parte o toda la extremidad, de causa traumática o no traumática. Esta deficiencia anatómica genera consecuencias a nivel físico, funcional y emocional/psicológico, entre ellas el trastorno de ansiedad y depresión.

El papel de enfermería es muy importante para ayudar al paciente a solventar su nueva situación.

OBJETIVOS: Conocer las consecuencias a nivel psicológico del paciente amputado.

METODOLOGÍA : Se ha realizado una búsqueda en la red de revistas científicas Redalyc y el buscador Google académico. Las palabras clave son: paciente, amputado, trastorno y mental.

RESULTADOS: La amputación de un miembro inferior conlleva una serie de complicaciones mentales, como la ansiedad y depresión son las más comunes. Estas complicaciones afectan al entorno social y familiar del paciente. También provoca cambios de humor, baja autoestima, sentimientos de culpabilidad y una visión de la vida negativa, que si no se trata a tiempo puede desencadenar trastornos, síndromes y complicaciones a largo plazo. Con ayuda psicológica el paciente podrá conseguir una nueva visión de la vida, donde mejorar su calidad y adaptarse a las nuevas necesidades.

Hay estudios los cuales demuestran que, finalmente, la calidad de vida es satisfactoria para la mayoría de los pacientes amputados a largo plazo, aunque la mayor parte sufrieron depresión.

CONCLUSIONES: “Más allá de un Cambio Físico, un Cambio Mental”. La anterior frase nos indica que una amputación no solo es un cambio físico, sino que también conlleva a transformaciones mentales.

Los trastornos que ha sufrido un paciente amputado no se pueden eliminar, pero si modificare. Por eso debemos tratar a cada paciente de manera individual y respetando siempre sus valores. Hay que incrementar la motivación personal para que el paciente vuelva a estar integrado en la sociedad.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

SEGURIDAD Y BENEFICIOS DE LA COMPRESIÓN TERAPÉUTICA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

Sra. Esther Moreno Cabello¹, Daniel Susín López¹, Soledad Gómez-Escalonilla Lorenzo¹

¹Centro de Salud de Torrijos, Torrijos, España

INTRODUCCIÓN: La compresión terapéutica es el gold standard en el tratamiento de la insuficiencia venosa crónica (IVC). La presencia de EAP concomitante ha sido considerada históricamente una contraindicación para su uso.

OBJETIVO: Identificar la seguridad y los beneficios de la terapia compresiva en personas con enfermedad arterial periférica (EAP).

MÉTODO: Revisión bibliográfica de artículos obtenidos en las bases bibliográficas PubMed, Scopus y Cochrane. Se utilizan cadenas de búsqueda con términos MeSH “Compression Bandages” y “Peripheral Arterial Disease”. Se incluyen artículos publicados en los últimos 5 años, en inglés o en español. Se seleccionan 6 artículos: 1 revisión sistemática, 1 ensayo clínico, 3 estudios de cohortes y 1 serie de casos.

RESULTADOS: La nueva evidencia muestra que la compresión terapéutica (20-30 mmHg), preferiblemente con medias o vendajes “multicapa”, puede ser beneficiosa en pacientes con un índice tobillo-brazo (ITB) de 0,5-0,8. Se observa disminución del edema, del dolor y del riesgo de heridas (o cicatrización precoz, si hubiera), sin perjuicio en el ITB, en el índice dedo-brazo o en la presión de perfusión cutánea. Es considerada bien tolerada por los pacientes. También es apta para diabéticos. El factor que más influye negativamente en la perfusión es la elevación del miembro >65cm, tanto en individuos sanos, como enfermos, y a pesar de la aplicación de compresión. Si empeoramiento o ausencia de mejora dentro de los primeros 3 meses, debe valorarse la revascularización. En personas con ITB<0,5, sin embargo, la aplicación de compresión puede resultar nociva y el tratamiento inicial debe ser la revascularización.

CONCLUSIONES: Con la bibliografía actual se puede afirmar que la compresión terapéutica con presiones controladas es segura y puede resultar beneficiosa para pacientes con IVC y EAP cuando su ITB sea >0,5. Se debe garantizar un seguimiento continuo para detectar posibles signos de hipoperfusión u otras alteraciones de forma precoz.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

TERAPIA LARVAL, UNA ALTERNATIVA A OTROS MÉTODOS DE DESBRIDAMIENTO

Sra. Patricia Navarro Borrás¹, Iria Ares López¹, Raquel Agruña Álvarez¹

¹Hospital Vall D'hebron, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN: La terapia larval es una terapia de biocirugía donde se aplican larvas estériles (*Lucilia Serricatta*) para conseguir un desbridamiento selectivo. Nuestra comunicación analiza los resultados de la terapia en seis pacientes del servicio de vascular del HUVH.

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia de la terapia larval como tratamiento desbridante mediante miasis terapéutica controlada, como alternativa o coadyuvancia al desbridamiento quirúrgico. Valorar beneficios e inconvenientes de la terapia larval respecto a otras terapias de desbridamiento. Observar posibles riesgos y efectos secundarios de dicha terapia.

MÉTODO: Recogida de datos de seis casos clínicos del servicio de cirugía vascular durante 2021-2022.

RESULTADOS: Tres de los seis casos presentan una evolución favorable con disminución rápida del tejido no viable. En 2 casos se retira terapia sin conseguir el objetivo. Tienen en común una revascularización parcial sin conseguir la correcta irrigación del tejido lesionado. El último caso muestra una mejoría, pero precisa una exéresis quirúrgica del hueso expuesto para continuar la cicatrización.

CONCLUSIONES: La terapia larval es un método rápido de desbridamiento en comparación con otras técnicas desbridantes y puede ser un buen coadyuvante del desbridamiento quirúrgico al ser selectivo. Cuando la lesión está revascularizada y la irrigación de los tejidos es suficiente, la terapia larval realiza un desbridamiento eficaz en poco tiempo, permitiendo acelerar la cicatrización. No observamos efectos secundarios, más allá de maceración o leve irritación perilesional y en algún caso sangrado leve. La terapia larval es una técnica que acelera el desbridamiento en comparación a las curas convencionales con apósitos o pomadas desbridantes y menos costosa que el desbridamiento quirúrgico. Se precisan más estudios ECA para valorar su costo-efectividad porque hay escasa evidencia disponible, pero los resultados de nuestro seguimiento son prometedores.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

CÓMO DISMINUIR EL DOLOR Y FAVORECER LA CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS: REVASCULARIZACIÓN ARTERIAL Y CONTENCIÓN CON VENDA DE TRACCIÓN CORTA.

Sra. Natalia Gómez Cobo¹, Rebeca Abril Pascual¹, María Eugenia Díez Esteban², Rubén Franklin Montero Mendizábal², María José Pérez Madrid¹, Gregorio Garre Saura¹, Endika Nevado Sánchez², Rosa Ana Gutiérrez Manzanedo¹, Almudena Fernández Moreno¹, David Saiz Izquierdo

¹Atención Primaria, Burgos, España, ²HUBU, Burgos, España

INTRODUCCIÓN: Paciente con úlceras isquémicas en miembros inferiores (Rutherford 6) altamente dolorosas (EVA 10).

OBJETIVOS: Disminución del dolor así como preparación del lecho de la herida (PLH) y vendaje de contención con vendas de tracción corta para la cicatrización.

MATERIAL Y METODO:

- Valoración integral de la paciente. Refiere una puntuación de 10 en la escala EVA de valoración del dolor.
- Valoración de las úlceras e inicio de PLH y terapia de contención.
- Curas dirigidas siguiendo el esquema higiene e hidratación de ambas extremidades, control de la carga bacteriana y desbridamiento autolítico con solución de PHMB + apósito antimicrobiano de captación física + alginato.
- Vendaje de contención con venda de tracción corta de 10cm.
- Curas por parte de la enfermera de un Centro de Salud rural, con pauta y seguimiento por parte de la Unidad de Heridas cada 15 días.

RESULTADOS: Dos meses tras la revascularización, la paciente no presenta dolor (EVA 0). Las úlceras de menor tamaño han epitomizado, y las de mayor tamaño han disminuido 4 puntos en la escala RESVECH 2.0

CONCLUSIONES: La revascularización precoz favorece el riego arterial y con ello la disminución del dolor y la curación de la herida. La compresión de tracción corta empleada en este caso ayuda a mejorar el retorno venoso disminuyendo los edemas y favoreciendo la cicatrización. Del mismo modo, la utilización de apósitos que controlan la carga bacteriana y el exudado favorecen una evolución adecuada de las úlceras.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

USO DEL AZÚCAR COMO TERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DE HERIDAS VASCULARES

Sr. Elena De Blas Gomez¹

¹Hospital Nuestra Señora Del Prado, Talavera De La Reina, España

INTRODUCCIÓN: El azúcar es un producto alimenticio, pero de sobra es conocido su uso para el tratamiento de heridas. El azúcar tiene un efecto osmótico, atrayendo a los macrófagos y favoreciendo la producción de queratinocitos y colágeno, promoviendo la epitelización de la herida.

OBJETIVOS: Analizar el uso del azúcar como terapia segura y eficaz en las heridas vasculares.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos de Cuiden, Scopus y Pubmed. Se han analizado cuatro ensayos clínicos y tres revisiones científicas.

RESULTADOS: Tras la revisión de cuatro estudios experimentales en los que se usó el azúcar para el tratamiento de lesiones vasculares, todos ellos mostraron un efecto antibacteriano y cicatrizante. Solo se documentó como efecto adverso la presencia de escozor y dolor en el momento de la aplicación, siendo este efecto pasajero.

Sin embargo, a pesar de estos datos, no hay suficientes estudios que demuestren su uso como terapia eficaz para el tratamiento de estas lesiones.

Además, según el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en su artículo 5 “Se prohíbe la elaboración, fabricación, importación, exportación, distribución, comercialización, prescripción y dispensación de productos, preparados, sustancias o combinaciones de las mismas que se presenten como medicamentos sin estar legalmente reconocidos como tales”, por lo que el uso de esta terapia sería considerado como infracción muy grave.

CONCLUSIONES: Concluyendo, no tenemos garantías clínicas ni legales para el uso del azúcar como terapia alternativa para este tipo de lesiones.

Se necesitaría mayor investigación, así como la aprobación de productos que lleven azúcar en su composición y sean comercializados como productos sanitarios garantizando la seguridad en su uso.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE TERAPIA COMPRESIVA EN EL LIPEDEMA

Sra. Cristina Hidalgo Parra¹, Salomé Vega Henao¹, Gadía Menéndez Alonso¹

¹Residente EIR Familiar y Comunitaria, Mutua Terrassa, Terrassa, España

INTRODUCCIÓN: El lipedema es una enfermedad crónica consistente en un aumento del volumen del tejido adiposo en extremidades inferiores de forma bilateral y que genera dolor a la palpación. Se asocia prevalentemente a mujeres, obesidad y factores genéticos. Usualmente se encuentra infradiagnosticado o diagnosticado erróneamente como linfedema y presenta baja respuesta a medidas dietéticas.

OBJETIVOS: Este estudio plantea identificar y analizar las recomendaciones de las principales publicaciones sobre el uso de tratamiento compresivo en el lipedema.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión bibliográfica realizada en las bases de datos Pubmed y Dialnet durante marzo de 2022 con las siguientes palabras clave: “lipedema”, “terapia compresiva” y “compression therapy”. Fueron seleccionados artículos originales de estudios descriptivos, Guías de Práctica Clínica y documentos de consenso de expertos publicados a partir de 2015 en castellano o inglés.

RESULTADOS: La terapia compresiva previene la progresión del lipedema y reduce posibles complicaciones como pesadez de piernas o dolor. Se indica realizar compresión con el fin de reducir el dolor y el edema y mejorar el retorno venoso y linfático, así como actuar de soporte en extremidades irregulares y mejorar la movilidad. Previo a la compresión es necesario realizar una valoración vascular para descartar compromiso arterial, en el cual estaría contraindicada la terapia compresiva alta. Se recomienda el uso de vendaje compresivo en la fase descongestiva y de medias de compresión en la fase de mantenimiento.

CONCLUSIONES: La terapia de compresión es útil en la reducción del dolor. Sin embargo, existe poca evidencia sobre el lipedema lo cual puede resultar en un mal o infradiagnóstico en la práctica clínica. Además, actualmente el lipedema carece de tratamiento eficaz y estandarizado.

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN ÚLCERAS VASCULARES

Sra. Paula Ferrer Gonzalez¹, Sra Maria Costa Rodriguez², Sra Marta Molina Garcia², Sra Eva Maria de la Rubia Berlanga³

¹CS Lucero, MADRID, España, ²CS Espinillo, MADRID, España, ³CS Orcasitas, MADRID, España

INTRODUCCIÓN:

La terapia de presión negativa (TPN) consiste en la aplicación de presión subatmosférica sobre el lecho de una herida. Una de sus indicaciones es la cura de úlceras vasculares difíciles. Está contraindicado en vasos sanguíneos u órganos expuestos, sobre tejido necrótico y osteomielitis sin tratar.

El sistema está compuesto por un apósito al que se conecta una bomba que será la encargada de generar el vacío. El apósito queda fijado a la piel gracias a una película de poliuretano que a su vez sella el sistema de vacío. La bomba lleva incorporado un reservorio en el que se almacenará el exudado extraído durante la succión, que puede ser continua o intermitente.

OBJETIVOS:

- Dar a conocer los beneficios del uso de terapia de presión negativa sobre úlceras vasculares
- Explicar funcionamiento de equipo de presión negativa
- Mostrar otra alternativa de tratamiento en úlceras vasculares

METODOLOGÍA:

Revisión bibliográfica de artículos científicos en pubmed y scielo, desde 2006 en inglés y español.

Palabras clave: úlceras vasculares y terapia de presión negativa.

RESULTADOS:

Numerosos estudios han demostrado que la TPN produce un aumento de la perfusión sanguínea local, creando nuevos vasos y estimulando la creación de tejido de granulación. Su mecanismo de aspiración retira exudado y fluido intersticial, reduciendo el edema e inflamación. Además, actúa directamente promoviendo la contracción de la lesión. Todo ello favorece la cicatrización. Por último, al ser un sistema cerrado, previene la infección del lecho, evitando la entrada de agentes contaminantes. A su vez, genera un medio húmedo que produce un desbridamiento autolítico.

CONCLUSIONES:

TPN es un tratamiento útil en úlceras vasculares difíciles. Esta terapia multimodal favorece una rápida cicatrización y evita la colonización o infección de la herida. Pueden usarse distintos apósitos y succión continua o intermitente, en función de las necesidades de la úlcera.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

APLICACIÓN DE INJERTOS AUTÓLOGOS EN SELLO COMO TRATAMIENTO PARA EL CIERRE DE ÚLCERAS VASCULARES

Sra. Soledad Gómez-Escalonilla Lorenzo¹, Esther Moreno Cabello², Daniel Susín López²

¹Centro de Salud de Torrijos, Torrijos, España, ²Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Toledo, Toledo, España

INTRODUCCIÓN: Las úlceras vasculares suponen un impacto en las esferas bio-psico-social de las personas que las padecen, además de la carga económica que conllevan. Para reducirlas se realizan técnicas como la aplicación de injertos autólogos en sello.

OBJETIVO: Identificar la costo-efectividad de los injertos autólogos en sello en el tratamiento de las úlceras vasculares.

MÉTODO:

Revisión bibliográfica basada en los artículos localizados en diversas bases de datos (PubMed y Cochrane), utilizando estrategias de búsquedas combinando lenguaje MeSH ("Skin Transplantation" AND "Wound Healing" AND "Ulcer") y texto libre ("punch skin grafting", "punch graft", "punch grafting", "skin graft"). Se excluyen artículos que versen sobre procesos agudos u otras patologías (vitíligo y alopecia), y se limitan los resultados a publicaciones de los últimos 5 años. En total 13 artículos: 2 revisiones, 9 estudios observacionales y 2 casos clínicos.

RESULTADOS: Los injertos autólogos en sello son injertos de espesor parcial de fragmentos dermoepidérmicos de forma circular u ovalada que se obtienen de la zona donante, sin profundizar más allá de la dermis papilar y bajo anestesia local; y se aplican en la lesión.

Esta práctica ha sido útil para reducir dolor y el tiempo de cicatrización en heridas de tórpidas evolución, como quemaduras, pie diabético, heridas postquirúrgicas, úlceras vasculares venosas y arteriales, úlcera de Martorell y otras entidades clínicas, a excepción del pioderma gangrenoso.

El injerto autólogo de piel es la primera opción para tratar úlceras venosas de gran extensión o úlceras diabéticas, puesto que tiene mayores tasas de éxito que en otros tipos de heridas.

CONCLUSIONES: La técnica de injertos autólogo en sello cuenta con la evidencia suficiente para considerarse costoefectiva, ya que reduce el tiempo de cicatrización y el dolor y, por tanto, el impacto económico que suponen este tipo de heridas para el Sistema de Salud y para los propios pacientes.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

BENEFICIOS DEL USO DE DISPOSITIVOS DE COMPRESIÓN AUTOAJUSTABLE CON VELCRO EN ÚLCERAS VENOSAS

Sra. Sonia De La Paz Nogales¹, Sra Marta Hernanz Marijuán¹, Sra María Alastrué García², Sra Ana Molero González², Sra María De Castro García³, Sra Catalina Torres Estelrich⁴

¹CS La Marazuela, Madrid, España, ²CS Segovia, Madrid, España, ³CS Valdezarza sur, Madrid, España, ⁴CS Valle de la Oliva, Madrid, España

INTRODUCCIÓN: Una úlcera vascular se define como una pérdida de la integridad cutánea producida por alteraciones de la circulación, ya sea venosa o arterial. Afectan al tercio distal de las extremidades inferiores. En concreto las úlceras venosas suponen la mayor complicación de la insuficiencia venosa crónica. Representan aproximadamente el 85% del total de las úlceras vasculares. La evidencia científica actual coincide en que el mejor tratamiento para esta patología es la terapia compresiva. Los dispositivos compresivos autoajustables con velcro son prendas fabricadas con tejidos de corto estiramiento, que envuelven la pierna y se adaptan a la forma de la extremidad, se ajustan en función de la presión que deseemos y se fijan con cierres tipo velcro.

OBJETIVOS: Conocer los beneficios del uso del dispositivo de compresión autoajustable con velcro como parte del tratamiento de las úlceras de etiología venosa.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos como (Pubmed, Scielo, Dialnet, Medline) y utilizando las palabras clave (úlceras vasculares, vendaje, compresión autoajustable, tratamiento).

RESULTADOS: Como parte del tratamiento de las úlceras venosas, se recomienda aplicar una terapia de compresión autoajustable con velcro para tratar la lesión desde su causa. Nos proporcionan una serie de beneficios, ya que son fáciles de colocar y retirar y no necesitan entrenamiento previo para el paciente. Dan mayor autonomía y calidad de vida. Además, este tipo de compresión se puede mantener durante la noche y permite conservar altas presiones durante el ejercicio. Nos ayudan a reducir costes al disminuir el tiempo de cicatrización. Por último, cabe destacar que este tipo de dispositivos se adapta a alteraciones morfológicas de cada paciente.

CONCLUSIÓN: La correcta aplicación de un vendaje compresivo autoajustable con velcro resulta beneficioso en el tratamiento de las úlceras de etiología venosa.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

¿Y SI CURAMOS CON MIEL? CONTRIBUCIÓN AL CIERRE DE LA HERIDA

Sra. Rosa Ana Gutiérrez Manzanedo¹, María Eugenia Díez Esteban², Susana de la Torre Ruiz³, Sandra Corral Puente¹, Natalia Gómez Cobo⁴, Nuria Santamaría Cantera⁵, Sandra Cabezón Puente¹

¹C. S. San Agustín, Burgos, España, ²Hospital Universitario de Burgos (HUBU), Burgos, España, ³C. S. Los Cubos, Burgos, España, ⁴C. S. Los Comuneros, Burgos, España, ⁵C. S. Las Torres, Burgos, España

INTRODUCCIÓN: Varón de 66 años que tras ingreso prolongado en UCI por shock séptico de origen urinario desarrolla una Úlcera Por Presión (UPP) talar grado III en extremidad izquierda con evolución favorable previa a injerto sural con curas con miel medicinal.

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia de un apósito formulado en base de miel de grado médico en una UPP Talar.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Primera visita: valoración integral del paciente, valoración y graduación de las úlceras, desbridamiento cortante de placa necrótica en UPP izquierda y cura con apósito antimicrobiano.
- Evolución curas en Unidad de Heridas: o Sistematización de higiene de la herida previa a la cura, control de la carga bacteriana y desbridamiento autolítico con solución PHMB y apósito de malla de carbón activado y plata. o Curas con apósito de miel medicinal al 48% + apósito secundario para favorecer la preparación del lecho de la herida y disminución de su tamaño previa su cobertura con colgajo sural.
- Coordinación telemática de la pauta de cura con Atención Primaria.

RESULTADOS: Dos meses de curas con desbridamiento autolítico y control de carga bacteriana conducen a una disminución de 5 puntos en la escala RESVECH 2.0; para iniciar la preparación del lecho de la herida (PLH) con apósitos de miel medicinal al 45% y 40% y conseguir disminuir la superficie de la herida a la mitad y una puntuación de 6 en dicha escala.

CONCLUSIONES: Una buena valoración de la herida a lo largo del proceso de cicatrización es clave para elegir el producto de cura que mejor se adapte al objetivo. El desbridamiento cortante y autolítico para la eliminación de tejido no viable y la combinación posteriormente con apósitos con miel contribuyen con sus propiedades al control de la carga bacteriana y a la creación de un ambiente húmedo propicio para la epitelización.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

TERAPIA COMPRESIVA: PRINCIPAL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS VENOSAS.

Sonia Ornia Mateo¹, Irene Madorrán Navajas, Nahia Arraiza Gulina, Estefanía Ibáñez Lagunas, Marta Pérez Berrueta, Paola Larrosa Pinilla

¹*Centro de Salud San Juan, Pamplona, España*

INTRODUCCIÓN: Las úlceras de etiología venosa son las más prevalentes del total de las úlceras localizadas en las extremidades inferiores (70% - 80%). La terapia de compresión contribuye a reducir la hipertensión venosa ambulatoria y el edema mejorando así el proceso remodelación tisular. Se trata de la base principal del tratamiento y la prevención de este tipo de heridas.

OBJETIVOS:

- Revisar la última evidencia científica publicada sobre la terapia compresiva para el tratamiento de úlceras venosas.
- Dar a conocer los beneficios del vendaje compresivo multicomponente como tratamiento principal de las úlceras venosas, así como sus indicaciones y contraindicaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS: Revisión bibliográfica en la base de datos PUBMED con palabras clave ("compressive therapy" y "venous ulcer") y como filtros fecha de publicación en los últimos 5 años y texto completo gratuito disponible.

Revisión bibliográfica en Cochrane Library mediante búsqueda avanzada en formato PICO obteniéndose dos revisiones sistemáticas:

- Population: venous leg ulcer
- Intervention: compression bandaging
- Outcome: wound healing

RESULTADOS:

- La evidencia científica respalda el uso de la terapia compresiva en el tratamiento de las úlceras de etiología venosa ya que disminuye el tiempo de cicatrización de la herida en comparación con la no compresión. La evidencia sugiere que probablemente la compresión también contribuya a la reducción del dolor y mejore la calidad de vida de los pacientes.
- Dentro de los dispositivos disponibles de compresión, los vendajes multicomponente han resultado ser más efectivos que los vendajes monocomponente.

CONCLUSIONES:

- Los profesionales sanitarios, tras realizar una valoración holística para determinar la etiología de la herida, deberían establecer la terapia compresiva en los casos que esté indicado.
- Conocer y aplicar la técnica del vendaje multicomponente reduce el tiempo de curación de la herida y mejora la calidad de vida del paciente.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

ACRÓNIMO DOMINATE, CRUCIAL EN EL ABORDAJE DE LAS HERIDAS.

Sra. Sandra Cabezón Puente¹, Rosa Ana Gutiérrez Manzanedo, Sandra Corral Puente

¹Centro De Salud San Agustín (Burgos), Burgos, España

INTRODUCCIÓN: Varón de 67 años, intervenido por Neurocirugía con 35 años por ASTROCITOMA CEREBRAL, sin mejoría tras la intervención. Actualmente, estado basal, sin respuesta a estímulos, apertura ocular, no gesticulación facial. Portador sonda gástrica percutánea (PEG), desde 2014.

Cuidador principal: Mujer de su misma edad.

Vida basal: Cama- sillón.

Test de Barthel (Enero 2021): 0 puntos: Dependiente total.

En mi primera valoración, encuentro un paciente con déficit de autocuidados en: alimentación, manejo de sonda percutánea (PEG), higiene, cambios posturales, ambiente inadecuado en la vivienda y en consecuencia, úlcera por presión de grado III en talón izquierdo. Primeros registros en su Historia Clínica sobre dicha Úlcera en Marzo 2019.

OBJETIVOS:

- Mejorar la salud del paciente.
- Instruir a la cuidadora principal en unos cuidados integrales.
- Curación de la úlcera por presión a través de la implementación del acrónimo DOMINATE.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se aplicó el Acrónimo DOMINATE para su valoración:

- D: Desbridamiento: Enzimático.
- O: Obstáculos: Cambios posturales, descarga de presión, evitar la fricción.
- M: Moisture: (Humedad): alginatos, espuma y silicona (spray).
- Medicación: Ajuste en dosis de diuréticos.
- I: Infección: Apósito descontaminante.
- Inflamación: Tratar patógenos multirresistentes.
- N: Nutrición: Control de dieta por PEG.
- A: Arterial: Palpación de pulsos.
- T: Técnicas avanzadas: No precisó.
- E: Educación a la cuidadora principal, dando instrucciones concretas y objetivos alcanzables.

RESULTADOS: Se consiguió que la úlcera con más de 6 meses de mala evolución, en 2 meses de implementación de DOMINATE, se consiguiese el cierre definitivo de la úlcera.

CONCLUSIONES: La utilización de este acrónimo, ayuda al profesional a seguir unos pasos ordenados con una valoración holística, en el descubrimiento de la patología de base, factores relacionados y tratamientos a utilizar.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

INFLUENCIA DE LA DIETA ENRIQUECIDA CON L- ARGININA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR MANIFESTADO POR ÚLCERAS POR PRESIÓN.

Consuelo López Soriano¹, Juan José Mangas Gato, Samuel Bobadilla Gómez, María José Bermejo Rivero, María Teresa Escobar Basilio

¹*Centro De Salud Zona Centro, Badajoz, España*

INTRODUCCIÓN: Entre las recomendaciones nutricionales para personas con úlceras por presión se encuentran la dieta hipercalórica e hiperproteica enriquecida con L-Arginina. L-Arginina incrementa la cicatrización reduciendo el tiempo de curación a la mitad y mejora la función inmunológica celular.

OBJETIVO: Evaluar el impacto de la dieta enriquecida con L-Arginina en pacientes con úlceras por presión.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo en un muestra de 6 pacientes mayores de 80 años que presentaban diagnóstico de deterioro de la integridad tisular relacionado con hospitalización de estancia media manifestado por úlceras por presión de grado III en sacro y talones. La suplementación se recomendó en base a recomendaciones nutricionales para pacientes desnutridos con úlceras por presión, bajo receta médica y aprobada por inspección médica.

Se realizó la cuantificación con escala PUSH y valoración del estado nutricional mediante MNA, junto a valores antropométricos, constantes vitales y valores analíticos durante tres meses.

RESULTADOS: Realizamos un control de la evolución de las úlceras por presión utilizando la intervención con L-Arginina, obteniendo los siguientes parámetros de media:

Escala PUSH: reducción de 11 a 1 punto.

Escala MNA: aumento de 16 a 20 puntos.

Valores antropométricos: aumento de IMC de 1 kg/m² y disminución de glucemias de 40 mg/dl.

Valores analíticos: aumento de Albúmina de 0.3 g/dl, aumento de Proteínas totales de 0.2 md/dl y aumento de Transferrina de 30 mg/dl.

Diámetros de las úlceras: disminución de 5 cm de largo y 4 cm de ancho.

CONCLUSIONES: Después de 3 meses de intervención con L-Arginina se observa una reducción en los tiempos de cicatrización en las úlceras, así como una mejora en el estado de nutrición y valores analíticos de los pacientes. Los datos apoyan un beneficio de la dieta hipercalórica e hiperproteica enriquecida en L-Arginina en pacientes que presentan úlceras por presión.

ULCERA VENOSA DE LARGA EVOLUCIÓN, A PROPÓSITO DE UN CASO

Maria López Blanco¹, Marta Beamonte Gutierrez¹, Sara Gómez Sánchez², Maria Yolanda Rebe García³

¹C.S Gamonal Antigua, Burgos, España, ²C.S Plaza del Ejercito Valladolid Oeste, Valladolid, España, ³C.S San Agustín, Burgos, España

INTRODUCCIÓN: Paciente de 56 años. Antecedentes: HTA y hábito tabáquico. Bipedestación mantenida en el trabajo, miembros inferiores con éxtasis venoso tipo varicoso. No uso de terapia compresiva.

Úlcera tipo venosos en MID de semanas de evolución; varios tratamientos no efectivos. ITB de 1.1.

OBJETIVOS

- Curación de la herida por segunda intención.
- Control del exudado.
- Implicar al paciente en los cuidados de la piel.
- Mejorar los factores de riesgo.
- Instaurar el uso de terapia compresiva en MID.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Pauta de cura: lavado con suero fisiológico, aplicación de apósito de hidrofibra antimicrobiano y apósito secundario de fibras de Alginato. Hidratación de la piel perilesional. Colocación de media compresiva en MID.
- Comienzo de curas 31/03/2021.
 - o Cada 48 horas en las primeras dos semanas, se observa notable mejoría.
 - o Cada 72 horas en las semanas posteriores, menor exudado, se retira el apósito antimicrobiano por aparición de tejido de granulación.
 - o Semanal en la quinta semana. Control del exudado con la terapia compresiva. 12/05/2021, abundante tejido de granulación.
- El día 03/06/2021 la herida está cerrada.

RESULTADOS: Herida curada en 64 días.

CONCLUSIONES : Como hemos podido observar en este caso clínico, combinando la utilización de apósitos y la terapia compresiva se consigue el cierre secundario de la herida. Obtener las condiciones óptimas para el lecho de la herida es prioritario para poder observar el cierre de la misma desde los bordes hacia el centro.

En contraposición, anteriormente se habían llevado a cabo otras pautas de cura con la paciente (más espaciadas en el tiempo y utilizando un vendaje elástico por más de cuatro días) y no se había usado terapia compresiva adecuada.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA; ¿QUÉ ES EL PIODERMA GANGRENOSO, Y CUÁL ES SU CLÍNICA?

Sra. Laura Zamora López¹

¹*Centro De Salud, Talavera de la reina , Spain*

INTRODUCCIÓN:: Las úlceras cutáneas se producen por patologías muy diversas, que pueden ser secundarias a procesos locales o representar la manifestación clínica de una enfermedad sistémica.

El Pioderma gangrenoso es una dermatosis infrecuente, inflamatoria, destructiva, caracterizada por nódulos o pústulas hemorrágicas dolorosas que al romperse forman úlceras que se agrandan progresivamente. Es de etiología desconocida. El diagnóstico es clínico y diferencial. Hay múltiples opciones de tratamientos locales y sistémicos para esta patología. Puede aparecer a cualquier edad y en cualquier localización.

OBJETIVOS: Conocer la clínica del pioderma gangrenoso será clave para saber diagnosticar y tratar dicha patología. El objetivo es conocer la clínica a través de una revisión bibliográfica."

MÉTODO: Revisión bibliográfica en bases de datos científicas como: Google académico, Scielo, Lilacs, Elsevier. Criterios de exclusión: antigüedad superior a 10 años. Criterios de inclusión: artículos actuales en idiomas como español e inglés. Las palabras clave han sido obtenidas a través de una búsqueda en DESC.

RESULTADO: A nivel clínico, y en primeras estancias aparece un nódulo doloroso y profundo o una pústula sangrante, nueva o posterior a un traumatismo, donde se produce una rotura, aparece la úlcera y se elimina contenido purulento y hemorrágico. Los bordes suelen encontrarse irregulares, dentados, que crecen constantemente, rodeado por halo eritematoso brillante. Su base está cubierta por material necrótico y ocupada por pequeños abscesos. Las lesiones pueden ser únicas o múltiples, y se presentan en forma consecutiva o simultánea, pueden confluir y formar úlceras multicéntricas.

Formas de presentación: inicio explosivo (con diseminación rápida, fiebre, dolor...) y progresión lenta e indolente. Ambas formas pueden cursar con cicatrización espontánea, dejando cicatrices delgadas, atróficas y cribiformes.

CONCLUSIONES: El pioderma gangrenoso es una patología incluida en las dermatosis neutrofílicas, del que existen pocos trabajos epidemiológicos y de abordaje terapéutico en la bibliografía dada su relativa escasa incidencia.

USO DE UN APÓSITO DE ALGINATO CON PLATA IONICA EN CREMA EN PIE DIABETICO WARNER 3.

María Cristina García Ortega¹, MARIA EUGENIA DIEZ ESTEBAN¹, ANA BELEN GONZALEZ BENEITEZ¹, CELIA BASULTO GARCIA-RISCO¹

¹Hospital Universitario De Burgos, BURGOS, ESPAÑA

INTRODUCCION: Se expone el caso de un paciente varón de 50 años, con los antecedentes de:

- ❑ Cáncer suprarrenal en 4ª línea de tratamiento oncológico con progresión pulmonar, hepática.
- ❑ Diabetes Mellitus tipo 2.
- ❑ Polineuropatía diabética.
- ❑ Tratamiento de diálisis.

Presenta úlcera neuropática en cabeza del primer metatarso del pie derecho, con afectación ósea (osteomielitis), tunelizada hasta 2º dedo. Salida de exudado purulento, con un diámetro de 3x4. Propuesto para amputación de Chopart, negándose el paciente a dicha amputación.

OBJETIVO: Evaluar la eficacia del apósito Calgitrol paste (alginato con plata iónica) durante el proceso de cicatrización en un paciente con úlcera neuropática en pie diabético Warner 3.

MATERIAL Y MÉTODO: Derivado a la Unidad de Heridas, donde se propone trabajar en equipo con equipo de podólogos especialistas en el manejo de pie diabético.

En primera consulta se realiza toma de cultivo para tratamiento con antibiótico sistémico dirigido por antibiograma y Rx de pie. Por parte del equipo de podólogos se realiza osteotomía del hueso afecto y descargas con fieltro para evitar el apoyo de la zona ulcerada.

A nivel tópico: tratamiento de la úlcera con Calgitrol paste hasta epitelización.

Las curas se realizan los días que el paciente acude a diálisis en el hospital objetivándose una mejora progresiva del lecho.

RESULTADOS: Tras implementar un plan de cuidados en el paciente que incluyen medidas higienico-dietéticas, uso de descargas adecuadas y un seguimiento adecuado de la lesión se consigue una epitelización completa de la úlcera evitando la amputación del paciente.

CONCLUSIONES: El uso de Calgitrol paste es útil en el tratamiento tópico de las úlceras neuropáticas en pacientes con pie diabético Wagner 3.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

USO DE LA INSULINA TÓPICA EN LA CURA DE HERIDAS CRÓNICAS. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Sr. Silvia Yanguas González, Sra Mercedes González Ron, Sra Paula Ovalle Álvarez, Sra Elena Arias Gómez, Sra Celia Alonso Rodríguez

INTRODUCCIÓN: El factor de crecimiento insulínico (IGF) es una hormona análoga a la insulina presente en la piel, que regula el desarrollo y el crecimiento celular. Se ha estudiado que se encarga de estimular la migración y la diferenciación de los queratinocitos situados en los bordes de la herida, acelerando el proceso de reepitelización. Basándose en los efectos similares de la insulina y el IGF, se propone la utilización de la insulina tópica como alternativa en el tratamiento de heridas.

OBJETIVO: Comprobar si el uso de insulina tópica acelera el tiempo de cicatrización en heridas crónicas no infectadas.

MATERIAL Y MÉTODOS : Se ha realizado una búsqueda bibliográfica y lectura crítica de ensayos clínicos y revisiones sistemáticas encontradas en Pubmed, Science Direct y Google Escolar hasta 2022, utilizando las palabras clave “insulin” y “wound Healing”, combinado con el operador booleano “and”.

RESULTADOS: Se han encontrado varios ensayos clínicos que comparaban el uso de la insulina tópica frente al suero fisiológico en la cicatrización de heridas crónicas. Para ello, se irrigaba la insulina diluida en suero salino fisiológico en el grupo experimental, frente al grupo control que irrigaba solo con suero salino. Se objetiva la efectividad de ambos tratamientos midiendo el tamaño de la herida, que se vio considerablemente reducida en aquellas que utilizaron la insulina tópica, acelerando el crecimiento de tejido de granulación, sin encontrar ningún efecto a nivel sistémico. En otro ensayo, monitorizaron la glucemia antes y después del tratamiento sin objetivar cambios considerables. Además, se ha comprobado que en pacientes diabéticos tampoco tiene ninguna contraindicación.

CONCLUSIONES: Se muestra que la insulina tópica acelera el tiempo de cicatrización de heridas crónicas, aunque es necesario realizar más ensayos clínicos, orientados a qué tipo de heridas crónicas estaría indicado este tratamiento.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995
<https://www.congresos.aeevh.org/>

TRATAMIENTO ETIOLÓGICO: EL ÉXITO DE UN CORRECTO ABORDAJE TERAPÉUTICO

Sra. Lucía Fernández Álvarez¹, Sr Alfonso Mata Aguilera², Srta Alba Moriche Vázquez³, Sra M^a José Garrido Tello¹

¹CS Moraleja, CORIA, Spain, ²CS Torrejoncillo, CORIA, España, ³CS Coria, CORIA, España

INTRODUCCIÓN: El concepto “Úlcera de Extremidad Inferior” define a toda lesión en MMII que se deba a un proceso patológico sistémico o de la extremidad y no cicatriza en el tiempo esperado. Aquellas relacionadas con la Insuficiencia Venosa Crónica (IVC) son las más prevalentes.

OBJETIVOS: Determinar la eficacia de un abordaje etiológico frente a un abordaje local de la herida. ☑ Disminuir tiempos de cicatrización.

MATERIAL Y MÉTODOS: Caso: Mujer, 81 años. AP: obesidad, tromboflebitis, AIT. Signos de IVC en ambos MMII. Presentaba úlceras en MID: zona tibial externa (1,5 x 1,5 cm) y zona supramaleolar interna (cavitada, 2,7 x 1,7cm). Autónoma para ABVD. Pulsos presentes en ambos MMII. Resultados ITB: MII 1.00 - MID 1,30. Clasificación CEAP: C6 Se retira biofilm en ambas heridas, aplicación de fomentos de poliexanida-betaína, DACC en cavidad y alginato para gestionar exudado. En la siguiente visita, aparece herida en zona tibial anterior (3x3 cm) sin traumatismo previo. Se aplica vendaje circular con venda de tracción corta de 10 x 5. Perímetro maleolar inicial: 28,5 cm. Se recomienda elevar MMII y flexo-extensión de tobillo.

RESULTADOS: Tras 4 días con vendaje de tracción corta: reducción de perímetro maleolar de 2 cms (de 28,5 a 26,5). Heridas sin biofilm, granulación presente y disminución del exudado. Piel perilesional normal. Se realiza vendaje doble capa con tracción corta (técnica circular). Tras 10 días: reducción de perímetro 1,5 cm (25cm) y reducción de dimensiones de heridas. Tras 14 semanas: resolución de herida en zona tibial anterior y tibial externa. Se reduce lesión en cara interna (0,2 x 0,7 cm). Perímetro maleolar: 22 cms

CONCLUSIONES: El abordaje etiológico reduce tiempos de cicatrización y aumenta el confort del paciente al mejorar sintomatología. El tratamiento más efectivo para los signos y síntomas de IVC es la compresión terapéutica.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

CASO CLÍNICO: LESIÓN SECUNDARIA A VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA EN EXTREMIDAD INFERIOR. ABORDAJE DESDE EL ACRÓNIMO TIMERS

Sr José Antonio García García¹, Sra Miriam Eslava Suárez²

¹Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla, Tarragona, España, ²Hospital Del Vendrell, El Vendrell, España

INTRODUCCIÓN: El cuidado de una persona con una lesión compatible con vasculitis, frecuentemente infradiagnosticada, maneja síntomas como el dolor invalidante que merma la calidad de vida de la persona y supone un gran reto para la enfermera. Es necesario un enfoque multidimensional con implicación proactiva del equipo interdisciplinar.

OBJETIVOS: Evidenciar el abordaje integral multidimensional en el cuidado de lesiones vasculíticas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se reporta caso clínico:

Mujer de 61 años. Antecedentes patológicos: poliartritis psoriásica, DM II, HTA, DLP, ERC, adenocarcinoma de ovario y anemia severa. Presentó aparición brusca y muy dolorosa de una lesión violácea con livedo reticularis en cara externa de la pierna derecha. Rápidamente evolucionó a lesión necrótica con bordes eritematovioláceos. Clínica de infección y flebolinfedema. La ansiedad, el temor y el desánimo emergieron desde el inicio del proceso. La biopsia confirmó: vasculitis leucocitoclástica.

Paralelamente a la estabilización del proceso inflamatorio, el tratamiento de la infección y el control del dolor, se abordó: el tejido desvitalizado, la infección (Modelo REAL), el exudado, los bordes perilesionales, la regeneración y los factores sociales desde el acrónimo TIMERS, así como el control de las patologías concomitantes y la adherencia a la compresión.

RESULTADOS: Además del tratamiento inmunosupresor, tras la optimización del entorno de la lesión y desestimada la opción de injertos en sello, el tratamiento consensuado con la persona fue la combinación de moduladores de las metaloproteasas (MMP's) asociados a la terapia de presión negativa (TPN) de un solo uso. Obteniendo una muy buena respuesta en el proceso de cicatrización. Lo que supuso una mejora en el bienestar de la persona.

CONCLUSIONES: Existe poca evidencia sobre el manejo de lesiones secundarias a vasculitis leucocitoclástica. Es imprescindible tener un enfoque multidimensional con implicación proactiva del equipo interdisciplinar cuyo centro de atención siempre se sitúe a la persona.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

Paciente con diabetes:
Educación
diabetológica y pie
diabético.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995
<https://www.congresos.aeevh.org/>

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR POR UNA UNIDAD FUNCIONAL DE PIE DIABÉTICO EN PACIENTE CON PIE NEUROISQUÉMICO COMPLEJO

Laura García Santisteban¹, Myriam Exposito Vico¹, Marina Martínez Callejas¹, Sandra Pous Martínez¹, Laia Ferrerons Romero¹

¹Hospital Universitario De Bellvitge, L'hospitalet de llobregat, España

INTRODUCCIÓN: La neuropatía isquémica es una alteración del funcionamiento normal de las células nerviosas debido a la alteración de la circulación sanguínea. Una de las causas más comunes por la cual se desarrolla es la diabetes mellitus (DM). Los síntomas iniciales de esta alteración son pérdida de sensibilidad y percepción incorrecta de las sensaciones táctiles. Esto ocurre habitualmente en pies y manos.

OBJETIVO: Describir el abordaje multidisciplinar en una unidad funcional de pie diabético para evitar la amputación mayor en un paciente con pie neuroisquémico complejo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se describe el caso de un hombre de 57 años que ingresa con úlcera plantar y cianosis 4-5 º dedo sobreinfectado en pie neuroisquémico con antecedentes de DM. Se inicia tratamiento con antibiótico de amplio espectro, y tras mala evolución de heridas, se realiza amputación transmetatarsiana (TMT) por parte de Angiología y Cirugía Vascular (ACV). Se realizan cultivos óseos y se ajusta tratamiento antibiótico por parte de la unidad de enfermedades infecciosas (UMI). Posteriormente, presenta heridas tórpidas y las curas siguen sin ser efectivas, debido a exposición ósea en zona talar. Se realiza nueva toilette en amputación TMT (ACV), transposición de tendones (COT) y cobertura con colgajo ALT e injertos cutáneos por parte de cirugía plástica (CPL).

RESULTADOS: Tras varias intervenciones por parte del equipo de ACV, COT, CPL, UMI y la enfermera de la unidad funcional de pie diabético, se consigue la cura completa de las heridas y se prepara al paciente para rehabilitación de protetización del pie.

CONCLUSIONES: A propósito de un caso complejo, destacamos la importancia de contar con una enfermera que ejerza de nexo de unión entre tantos profesionales, además de aportar su experiencia en las curas. La Unidad funcional de Pie Diabético ofrece un abordaje multidisciplinar esencial para evitar las amputaciones mayores en heridas con elevada complejidad.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

CASO COMPLICADO DE PIE DIABÉTICO TRATADO CON APÓSITO DE ESPUMA MICROADHERENTE CON TECNOLOGÍA TLC-NOSF

Laura García Santisteban¹, Myriam Exposito Vico¹, Marina Martínez Callejas¹, Sandra Pous Martínez¹, Laia Ferrerons Romero¹

¹Hospital Universitario De Bellvitge, L'hospitalet de llobregat, España

INTRODUCCIÓN: Las úlceras en las extremidades inferiores es la principal complicación de la diabetes, afectando al sexo masculino entre los 45-65 años. Los pacientes con pie diabético son hospitalizados de forma recurrente, afectando su integridad física y emocional. Por eso los profesionales que trabajan con estos pacientes, lo hacen desde un abordaje integral. Para ello, es necesario la clasificación de la lesión y la elección del tratamiento adecuado.

OBJETIVOS: Describir las curas con apósito de espuma microadherente con tecnología TLC-NOSF (Urgostart plus®) en un paciente con mala evolución de amputación transmetatarsiana (TMT).

MATERIAL Y MÉTODOS: Hombre de 52 años con lesiones necróticas en ambos pies, precisando revascularización con angioplastia femoral de miembros inferiores y amputación de varios dedos de ambos pies. Tras varias semanas de curas domiciliarias, reingresa por mala evolución de las amputaciones precisando nueva intervención. Se realizan cultivos óseos positivos en Klebsiella Blee y Pseudomonas Aeruginosas. Se ajusta el tratamiento antibiótico y se inician curas con fibras hidrodetersivas de poliacrilato y plata (Urgoclean®Plata) junto con un hidrogel. Tras una buena evolución, se inician curas con fibras hidrodetersivas de poliacrilato (Urgoclean®) y se da de alta con Urgostart plus® para seguimiento de la herida por la enfermera referente de la unidad funcional de pie diabético.

RESULTADOS: La herida tratada con Urgoclean®Plata, Urgoclean® y posteriormente con Urgostart® ha presentado una correcta evolución. La combinación de apósitos ha conseguido un lecho de amputación libre de esfacelos, disminución de carga bacteriana y aparición de tejido de granulación; disminuyendo así la superficie de la lesión y la exposición de partes óseas.

CONCLUSIÓN: La valoración conjunta enfermera asistencial y enfermera pie diabético, hace posible la combinación adecuada de los apósitos para obtener los óptimos resultados esperados. Se consigue así disminuir la lesión de manejo complicado hasta la casi completa epitelización de las heridas.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

LESIONES POR PRESIÓN EXTENSAS EN PACIENTES CRÍTICOS TRATADAS CON TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA Y APÓSITO DE CLORURO DIAQUILCARBAMILO

Laura García Santisteban¹, Myriam Exposito Vico¹, Marina Martínez Callejas¹, Sandra Pous Martínez¹, Laia Ferrerons Romero¹

¹Hospital Universitario De Bellvitge, L'hospitalet de llobregat, España

INTRODUCCIÓN: Las lesiones por presión (LPP) se definen como toda pérdida tisular, producida por isquemia en respuesta a una presión mantenida sobre un plano o prominencia ósea, o por la fricción, cizalla o combinación, causando una isquemia que provoca degeneración de dermis, epidermis, tejido subcutáneo, pudiendo afectar incluso músculo y hueso.

OBJETIVO: Demostrar la eficacia de la terapia de presión negativa (TPN) combinada con apósito de cloruro diaquilcarbamillo (DACC) en lecho para reducir las dimensiones de una lesión sacra extensa y prepararla para una cirugía reconstructiva en segundo tiempo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se describe un caso de varón de 74 años derivado a nuestro centro con diagnóstico: disección de aorta desde subclavia hasta iliacas externas requiriendo intervención urgente. Complicaciones pos cirugía: paraplejía secundaria por isquemia medular de D6 a cono medular. Tras 30 días de ingreso en unidad de cuidados intensivos ingresa en planta presentando LPP sacra categoría IV muy extensa con signos de colonización.

INTERVENCIONES: Se procede al desbridamiento mecánico y curas locales diarias hasta que se obtiene un lecho con tejido de granulación y disminución de carga bacteriana. Se inicia la colocación de la TPN combinada con apósito de DACC en lecho. Al alta a la espera de programación de cirugía reconstructiva se muestra un lecho más uniforme, tejido de granulación y no colonización. Se decide al alta curas con DACC.

RESULTADOS: Tras 21 días con TPN y DACC, la lesión presenta una disminución de la profundidad y extensión, un aumento del tejido de granulación y aproximación de los bordes.

CONCLUSIONES: La elección de la TPN combinada con DACC evidencia un mejor manejo de las heridas de gran extensión y profundidad, optimizando el lecho y preparando la herida para la cirugía reconstructiva. Resaltar la importancia de los cuidados y seguimientos de enfermería en las curas de terapia avanzada.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

DESBRIDAMIENTO OSMÓTICO EN LECHO DE AMPUTACIÓN TRANSMETATARSIANA EN PACIENTE FRÁGIL CON PIE DIABÉTICO

Laura García Santisteban¹, Marina Martínez Callejas¹, Myriam Exposito Vico¹, Sandra Pous Martínez¹, Laia Ferrerons Romero¹

¹Hospital Universitario De Bellvitge, L'hospitalet de llobregat, España

INTRODUCCIÓN: El pie diabético es una complicación de la Diabetes Mellitus (DM) en las que intervienen diferentes factores causales. La DM es la primera causa de amputación no traumática y representa el 60%-80% de las amputaciones de la extremidad inferior. La prevalencia, la dificultad en su manejo y el impacto clínico y socioeconómico de las úlceras diabéticas, hace que los profesionales sanitarios que tratan esta complicación lo realicen desde un abordaje integral.

OBJETIVO:

- Describir la importancia de la comunicación entre enfermería asistencial y enfermería pie diabético.
- Demostrar la eficacia del desbridamiento mediante apósito osmótico en paciente frágil con pie diabético.

MATERIAL Y MÉTODOS: : Se describe un caso de una mujer de 85 años, diabética, intervenida el 2/11/21 de amputación transmetatarsiana (TMT). Durante el ingreso hospitalario, presenta mal control del dolor. Es tratada por la Unidad del Dolor Agudo (UDA) pero a pesar de ello no tolera desbridamiento cortante. El lecho presenta mala evolución con nuevas zonas necróticas y sobre infectadas. Es valorada conjuntamente por enfermería asistencial y enfermera de pie diabético, se pautan curas individualizadas según el dolor de la paciente y el objetivo de desbridamiento de lecho de la herida con apósito osmótico Hydroclean Advance®.

RESULTADOS: La comunicación diaria entre el equipo de enfermería asistencial y enfermera de pie diabético permite un abordaje avanzado de una cura compleja. Tras 8 días de curas con apósito osmótico con Hydroclean Advance®, se observa un desbridamiento de la necrosis y lecho con tejido de granulación.

CONCLUSIONES: La comunicación del equipo de enfermería y la elección del apósito desbridante osmótico adecuado y adaptado a la pluripatología de la paciente y al mal control del dolor, evidencia un mejor manejo de las heridas de evolución tórpida consiguiendo buena evolución y preparando el lecho de la herida para posteriores cirugías reconstructivas.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

RECOMENDACIONES PARA UNA BUENA LIMPIEZA DE LAS HERIDAS VASCULARES

Sra. Laura Silva Bertrán¹, Sra Sara Martínez Orellana¹, Sra Claudia Pérez Roig¹, Sra Selene Acosta Abellán¹, Sra Angeles Porro Almazán¹, sra Maria Asunción Núñez González¹

¹Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, España

INTRODUCCIÓN: Las úlceras vasculares son un grave problema de salud con una elevada incidencia en la población, entre 3 y 5 nuevos casos por mil habitantes al año.

Éste tipo de heridas tienen una evolución crónica y escasa o nula tendencia a la cicatrización espontánea.

La definición de limpieza de la herida sería, “retirada de restos orgánicos y/o inorgánicos del exudado y del resto de los apósitos utilizados en curas anteriores mediante la utilización de fluidos”. Hay evidencia que demuestra que la limpieza de la úlcera tiene una relación directa con la evolución en la cicatrización.

OBJETIVOS

- Conocer los diferentes productos para la realización de un lavado de la herida vascular.
- Identificar los errores frecuentes en el lavado de heridas vasculares.

METODOLOGÍA: Tras una revisión bibliográfica se ha podido observar que ha varios productos con los que se puede realizar una buena limpieza de una herida. La práctica más común según la bibliografía sigue siendo el uso de agua y jabón como método de limpieza. Algunas de las alternativas al agua pueden ser: agua hervida, agua destilada o suero fisiológico por sus propiedades isotónicas.

Los estudios consideran que hay que tener en cuenta el uso de antisépticos como agentes de limpieza ya que pueden acabar provocando retraso en la cicatrización o resistencia microbacteriana salvo en ciertos casos, como son, antes de un desbridamiento cortante, cuando exista alta carga bacteriana o biofilm.

RESULTADOS: Una buena higiene de la herida y seguir las recomendaciones en cuanto al uso de los antisépticos contribuye a una mejor cicatrización de las heridas vasculares

CONCLUSIONES: Enfermería debe conocer aquellas pautas idóneas para favorecer al buen procedimiento del lavado de la herida y así garantizar que el proceso de cicatrización no se ve alterado.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA HERIDA QUIRÚRGICA COMPLICADA. CASO CLÍNICO.

Sra. Beatriz Gómez-escalonilla Lorenzo¹, Sr. Raúl Jaime Jaime¹, Srta. Raquel Julián Atienza

¹C.S. Santa María De Benquerencia, Toledo, Spain

INTRODUCCIÓN: Mujer de 95 años con antecedentes de HTA, DL, FA, insuficiencia venosa periférica, que fue intervenida de carcinoma basocelular en pierna derecha y que tras retirada de puntos de sutura se produce dehiscencia de la herida, con curación por segunda intención. No presenta edemas.

OBJETIVOS: Describir el caso clínico de una paciente con herida quirúrgica complicada de larga evolución.

MÉTODO: Desarrollo de un Plan de Atención de Enfermería: Valoración (Patrones funcionales de Marjory Gordon), Diagnóstico (NANDA), Planificación (NOC-NIC), Ejecución y Evaluación.

RESULTADOS: Tras la intervención quirúrgica de extirpación de carcinoma basocelular en MID, se pautan curas locales con povidona yodada hasta retirada de puntos de sutura. A los 10 días se retiraron y se produjo dehiscencia de la herida.

Inicialmente las curas se realizaron con apósitos de silicona para favorecer su cicatrización. A los 7 días aproximadamente la herida comenzó a presentar tejido esfacelar, por lo que se iniciaron curas con colagenasa 3 días a la semana. Su evolución era tórpida y era necesario alternar con desbridamiento cortante.

Se decidió cambio de pauta de curas con apósitos antimicrobianos DACC, con disminución progresiva del tejido esfacelar y evolución a tejido de granulación y menor tamaño de la herida en unos 7-10 días.

CONCLUSIONES: El papel de la enfermera de atención primaria es fundamental para el tratamiento y evolución de este tipo de heridas y de cualquier otra herida. Es por ello por lo que es muy importante mantenerse actualizado en la evidencia científica disponible y aplicarla a nuestra práctica diaria.

Tratamiento del dolor en heridas



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995
<https://www.congresos.aeevh.org/>

EL SEVOFLUORANO COMO ALTERNATIVA ANALGÉSICA EN HERIDAS VASCULARES

Sra. Eva Trenado Crespo¹

¹C.s Buenavista, Toledo, España

INTRODUCCIÓN: El dolor es una desagradable sensación que todo ser humano experimenta alguna vez en su vida. Este, puede incluso retrasar la cicatrización de las heridas. La selección del tratamiento farmacológico para controlarlo se realiza con la escala analgésica de la OMS. Pero, ¿qué más alternativas tenemos? Además de diferentes apósitos, cremas tópicas y lociones, existen otros recursos como el Sevofluorano, anestésico inhalatorio del grupo de los éteres halogenados, indicado en la inducción y mantenimiento de la anestesia general. Se utiliza vaporizado como gas, pero se puede utilizar en forma líquida como irrigación en heridas dolorosas.

OBJETIVO: Conocer el uso del Sevofluorano como alternativa analgésica en heridas crónicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión bibliográfica en bases de datos (Pubmed, Scielo, Cuiden, Chrochane) y libros en papel.

RESULTADOS: El Sevofluorano es un líquido incoloro y volátil comercializado en botes de 250 ml. Según estudios, su efecto analgésico aparece rápidamente, es muy intenso y persiste durante horas, aunque su mecanismo de acción no se conoce por completo. Es útil ya que gracias a él disminuye el uso de analgésicos sistémicos, mejorando así la calidad de vida. Es eficaz también como vasodilatador y antibacteriano. Su riesgo-beneficio hasta ahora es favorable, ya que como efecto secundario solo se ha descrito prurito y eritema perilesional al administrarse a bajas dosis sobre heridas, y estas, lejos de empeorar, evolucionan a la curación incluso estando sobreinfectadas.

CONCLUSIÓN: Según la literatura existente, el Sevofluorano se podría utilizar como medida alternativa para el control del dolor en pacientes con heridas vasculares de difícil manejo. Su aplicación es fácil e indolora por sí misma y los efectos secundarios son escasos. A pesar de ello, queda mucho por dilucidar ya que los estudios son escasos, lo que pone en evidencia nuevas líneas de investigación.



USO TÓPICO DE SEVOFLURANO COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS DOLOROSAS

Sra. Noelia García Morata¹

¹UDM Atención Familiar y Comunitaria, Toledo, España

INTRODUCCIÓN: El dolor en las úlceras venosas crónicas aumenta con la limpieza de la herida y disminuye la calidad de vida. El dolor suele estar mal controlado con los tratamientos analgésicos habituales. El sevoflurano es un anestésico general inhalatorio del grupo de éteres halogenados indicado en la inducción y mantenimiento de la anestesia general.

OBJETIVOS: Identificar la eficacia y seguridad del sevoflurano tópico para el tratamiento del dolor en úlceras venosas.

MÉTODO: Revisión bibliográfica, descriptiva y retrospectiva. Se utilizó la base de datos Pubmed. La temporalidad de la búsqueda ha sido los últimos 5 años. Se seleccionaron 9 artículos, fueron elegidos en función del objetivo, la calidad metodológica y los criterios de calidad científica.

RESULTADOS: En términos generales, el efecto analgésico aparece rápidamente, es muy intenso y persiste durante varias horas. Además, también posee propiedades antimicrobianas y cicatrizantes. Se ha detectado acción de regeneración epitelial debido a un efecto vasodilatador directo que promueve la cicatrización. Se ha demostrado acción bactericida in vitro contra cepas multiresistentes de S.Aureus, P.Aeruginosa y E.Coli. Respecto a la seguridad, el balance riesgo- beneficio del fármaco es favorable. Los efectos adversos locales son leves y transitorios, incluyen calor, prurito y eritema. No hay efectos adversos sistémicos. El tratamiento consiste en limpiar con solución salina e irrigar la úlcera con 5-10 ml de sevoflurano líquido sin sobrepasar los bordes de la piel perilesional. Tiempo de latencia de 2-10 minutos. Duración analgésica entre 8 -18 horas. Se consigue un efecto intenso que facilita la limpieza y desbridamiento de úlceras. Se reduce el consumo de analgésicos sistémicos y mejoran la calidad de vida.

CONCLUSIONES: La aplicación de sevoflurano en el lecho de la herida produce efectos analgésicos, antimicrobianos y cicatrizantes positivos. Es un tratamiento alternativo como opción terapéutica para el cuidado de úlceras dolorosas, refractarias al tratamiento analgésico habitual.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

MANEJO DEL DOLOR EN HERIDAS

Sr. Gadia Menéndez Alonso¹, Salomé Vega Henao¹, Cristina Hidalgo Parra¹

¹Hospital Universitario Mutua De Terrassa, Terrassa,

INTRODUCCIÓN: El dolor constituye uno de los síntomas más prevalentes en las personas con heridas o úlceras y puede influir negativamente en el estado general y la calidad de vida. Es fundamental que la enfermera conozca los métodos de valoración del dolor y de abordaje de forma eficaz para minimizar este síntoma.

OBJETIVO: describir los recursos actuales con mayor evidencia, para el tratamiento del dolor en heridas y úlceras por parte de enfermería.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica durante marzo de 2022. Bases de datos: Scielo y Pubmed. Palabras clave: "dolor", "herida", "úlceras", "enfermería", "farmacología", "pain", "wound", "ulcer", "nurse", "pharmacology". Se incluyeron artículos originales de estudios descriptivos, analíticos o ensayos clínicos publicados a partir de 2015 en castellano o inglés.

RESULTADOS: Se incluyeron y revisaron un total de 10 artículos. La escala visual analógica (EVA) es el método más utilizado para valorar la intensidad del dolor. El tratamiento del dolor depende de la etiología de la lesión y el tipo de dolor. Para el dolor moderado y ocasional se recomiendan analgésicos de acción periférica, mientras que para dolor intenso y constante se recomiendan analgésicos de acción central. Los anestésicos locales como la Mepivacaina infiltrada o cremas de Lidocaína y Prilocaína (EMLA) tópica están indicados para prevenir o disminuir el dolor en el desbridamiento. La utilización de métodos actuales como los injertos en sello o el Sevoflurano tópico está en aumento y constante revisión. Para el dolor crónico se indica el uso de apósitos de liberación lenta de analgesia. En úlceras tumorales se recomienda el uso de opioides tópicos.

CONCLUSIONES: El control del dolor durante la cura deberá tomar un papel principal en el tratamiento del paciente. Para ello, se escogerán las vías y medicaciones más indicadas en cada caso para el manejo del dolor pre, durante y post cura.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

SEVOFLURANO TÓPICO: EFECTOS Y EFICACIA

Sra. María Costa Rodríguez¹, Sra. Marta Molina García¹, Sra. Eva María De la Rubia Berlanga², Sra. Paula Ferrer González³

¹Centro de Salud El Espinillo, Madrid, España, ²Centro de Salud Orcasitas, Madrid, España, ³Centro de Salud Lucero, Madrid, España

INTRODUCCIÓN: Es un éter halogenado, líquido, volátil e incoloro, usado por vía inhalatoria para la inducción y mantenimiento de la anestesia general. Recientemente, se está utilizando como analgésico tópico en heridas crónicas.

OBJETIVOS:

- Identificar los diferentes efectos beneficiosos y adversos que provoca el sevoflurano en heridas vasculares.
- Indagar sobre su eficacia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Búsqueda bibliográfica en Pubmed, Scielo y Cochrane de artículos científicos desde 2017 en español. Palabras clave: sevoflurano tópico, úlceras, analgesia, heridas crónicas.

RESULTADOS:

● EFECTOS BENEFICIOSOS.

Se ha descubierto que aplicándose localmente, bloquea los nociceptores a ese nivel, produciendo un efecto analgésico, de forma rápida y de larga duración, sobre úlceras vasculares y heridas complicadas, cuando se irriga sobre el lecho de la lesión.

Últimos estudios muestran que su efecto vasodilatador y la inhibición directa sobre el músculo liso favorece la cicatrización de la úlcera. También puede tener efecto bactericida frente staphylococcus aeruginosa y escherichia coli.

● MODO ADMINISTRACIÓN:

La mayoría de los estudios coinciden en su administración en forma de instilaciones, algunos realizan un primer lavado con suero fisiológico y posteriormente con sevoflurano. Otros, en el orden inverso. La analgesia aparece a los 2-7 minutos.

● EFICACIA

Los artículos revisados muestran una eficacia satisfactoria sobre la disminución del dolor, la posibilidad de desbridamiento completo del lecho, el menor uso de opioides y la reducción del tamaño de la úlcera, mejorando la evolución.

● EFECTOS ADVERSOS / CONTRAINDICACIONES

No encontramos contraindicaciones ni efectos adversos a nivel sistémico tras la administración tópica.

Localmente destacan: prurito, eritema en zona perilesional y calor; síntomas leves y transitorios.

CONCLUSIONES: El sevoflurano tópico ha demostrado tener no solo efecto analgésico, sino también bactericida y cicatrizante. No se han encontrado efectos adversos notorios.

Pese a haber poca evidencia científica, ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de úlceras vasculares crónicas.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

Laboratorio del
diagnostico vascular:
Ecodoppler.
Práctica Avanzada de
enfermería.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA INSERCIÓN DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL TUNELIZADO

Sofía Pérez¹, Maria Del Carmen San Millán Pérez¹, Elena Arias¹, Maria del Pilar Concepción Martín¹, Damian Gordillo¹

¹Hospital Clínico Universitario Valladolid, Valladolid, España

INTRODUCCIÓN: El catéter venoso central (CVC) es un catéter de larga duración insertado con técnica tunelizada, en venas de gran calibre.

El extremo del catéter se sitúa subcutáneamente entre la vena canalizada y la salida a piel, alojándose la punta en la unión cavo-atrial. Consta de un manguito de Dacron, clave para la sujeción del catéter, que induce una fibrosis fisiológica que lo fija y lo aísla de posible entrada de gérmenes.

La intervención se realiza en la sala de Radiología Vascular con la presencia de 2 enfermeras y 1 radiólogo intervencionista.

OBJETIVOS

- Conocer la técnica de inserción y los cuidados postcanalización inmediatos.
- Describir las actividades que realiza el personal de enfermería durante este procedimiento.
- Involucrar al paciente en el mantenimiento del catéter.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza una revisión bibliográfica, utilizando diferentes bases de datos como Cochrane, Pubmed, Medline.

RESULTADOS: El paciente es derivado desde la consulta de Nefrología a la sección de radiología vascular intervencionista, donde se explica el procedimiento, posibles complicaciones, y se entrega el consentimiento informado.

El día de la inserción, se revisa la historia clínica, se canaliza una vía venosa y se monitorizan las constantes vitales. El catéter es fijado a la piel con varios puntos de sutura y se heparinizan ambas luces.

Tras el implante, es necesario controlar la zona de inserción, y observar al paciente por posibles complicaciones permaneciendo en vigilancia hasta su alta.

CONCLUSIONES: Es importante mantener la asepsia en la manipulación de los CVC para prolongar la vida del acceso. La coordinación con todos los profesionales que colaboran en el proceso asistencial es necesario para unos cuidados de calidad. Importancia de la buena comunicación con pacientes y familiares, fomentando la Educación de la Salud.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

EL GIGANTE DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA: EL ANEURISMA (CAUSAS Y ACTUACIÓN)

Virginia Perez Quintanilla¹, Sandra Cereceda Garcia, Celia Basulto Garcia-Risco

¹*hospital universitario de Burgos, Burgos, España*

INTRODUCCIÓN: Los pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis (HD) mediante fístula arteriovenosa (FAV), pueden llegar a desarrollar varias complicaciones, entre ellas se destacan los aneurismas. Los aneurismas son dilataciones vasculares localizadas que se presentan en la FAV interfiriendo en el diámetro vascular. El mayor riesgo que presenta el aneurisma es su rotura extrahospitalaria.

OBJETIVO: Ampliar y actualizar los conocimientos sobre las causas y la actuación de enfermería en los aneurismas de las FAV utilizadas para HD.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el tema. Esta ha sido llevada a cabo en varias bases de datos Scielo, Med-Line, CUIDEN y Dialnet, utilizando las palabras clave fístula arteriovenosa, aneurisma, hemodiálisis y cuidados de enfermería. Paralelamente se han consultado guías clínicas.

RESULTADOS

Causas:

- Técnica y repetición de punciones en la misma zona.
- Anormalidades en la pared vascular.
- Forma de coagulación.
- Enfermedades patológicas asociadas como la hipertensión
- Actuaciones:
- Exploración física.
- Eco-doppler.
- Punción escalonada.
- No usar pinzas de hemostasia.
- Comprobar el thrill.
- Evitar vendajes compresivos.
- Educación del paciente con los cuidados de la FAV.

CONCLUSIONES: Los pacientes que portan una FAV precisan un abordaje y seguimiento en cada sesión de HD para evitar que desarrollen un aneurisma, ya que es de gran importancia no solo crear el acceso vascular, si no el cuidado del mismo. La enfermera tendrá como objetivo garantizar unos cuidados integrales, eficientes y de calidad.

NECROSIS POR HIPOPERFUSIÓN DISTAL DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA (SÍNDROME DE ROBO)

Sandra Cereceda García¹, Virginia Pérez Quintanilla, Celia Basulto García-Risco

¹Hospital Universitario De Burgos, Burgos, España

INTRODUCCIÓN: El síndrome de hipoperfusión distal (SHD) en un paciente portador de fístula arteriovenosa (FAV) se caracteriza por un descenso de la perfusión distal arterial debido a una preferencia de salida del flujo arterial proximal a través de la vena del acceso vascular, ya que ofrece menor resistencia que el lecho arterial distal. La clínica cursa con parestesias, frialdad, dolor, palidez, pérdida de pulso distal, isquemia, necrosis e incluso amputación.

OBJETIVO: Describir el caso clínico de un paciente incluido en el programa de hemodiálisis (HD) del Hospital Universitario de Burgos (HUBU) que sufrió SHD de la FAV.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de 78 años en programa de HD desde 2019, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), dislipemia, diabetes mellitus (DM), accidente isquémico transitorio (AIT) y enfermedad renal crónica (ERC) estadio V de probable tipo obstructivo.

El paciente debutó con una estenosis manifestada por punción dificultosa, aumento de presión venosa, aumento de recirculación. Posteriormente se manifestó el SHD mediante mano fría, enrojecida y dolorosa, lesiones isquémicas y necrosis.

RESULTADOS

Actuaciones médico-quirúrgicas:

- Angioplastia transluminal percutánea (ATP) yuxtananastomosis.
- Eco-doppler.
- Intervención para revertir el SHD.
- Ligadura de FAV y colocación catéter tunelizado.
- Amputación transfalángica proximal.

Actuaciones de enfermería:

- Vigilancia del thrill y el pulso radial.
- Vigilancia de signos y síntomas de la patología.
- Curas secas.
- Adaptación de las sesiones de HD.

CONCLUSIONES: A pesar de las actuaciones llevadas a cabo por el equipo multidisciplinar no se pudo revertir el SHD y se acabó produciendo una amputación. Por lo tanto, resulta transcendental una correcta evaluación preoperatoria para valorar los factores de riesgo de isquemia presentes en el paciente y detectar de forma precoz los primeros signos y síntomas para evitar la aparición de lesiones irreversibles.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

FÍSTULA ARTERIOVENOSA: MÉTODOS DE PUNCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Sra. Marta Pérez Berrueta¹, Paola Larrosa Pinilla², Irene Madorrán Navajas, Nahia Arraiza Gulina, Estefanía Ibáñez Lagunas, Sonia Ornia Mateo

¹*Centro de Salud De Cascante, Tudela, España*

INTRODUCCIÓN: Según el estudio EPIRCE (Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España), aproximadamente el 11% de la población adulta sufre algún grado de Enfermedad Renal Crónica. Se estima un incremento del número de pacientes subsidiarios de depuración extrarrenal con una tasa de factores de riesgo vascular asociados en un 5-8% anual. Las causas principales residen en trastornos de alta prevalencia como el envejecimiento, la hipertensión arterial, la diabetes y la enfermedad vascular.

OBJETIVOS: En relación al tratamiento renal sustitutivo, el presente trabajo tiene como objetivo principal conocer los distintos métodos de punción de la fístula arteriovenosa, así como identificar los cuidados de enfermería adecuados para su mantenimiento y desarrollo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado una revisión sistemática narrativa basando la búsqueda en bases de datos de Ciencias de la Salud (Dialnet, CUIDEN), en páginas web oficiales (Sociedad Española de Nefrología) y en revistas oficiales (Sociedad Española de Enfermería Nefrológica).

RESULTADOS: Los resultados obtenidos muestran que la punción de toda fístula arteriovenosa debe efectuarse por el personal de enfermería que haya demostrado un nivel elevado de conocimiento y habilidad específica. El objetivo es realizarla lo más distal posible en la extremidad superior para preservar la mayor cantidad de segmento de venas puncionables y mantener la posibilidad de ir ascendiendo proximalmente las anastomosis futuras.

Se recomienda utilizar la técnica de punción escalonada como método de punción de las fístulas arteriovenosas protésicas y nativas; y la técnica de punción en ojal para fístulas arteriovenosas nativas tortuosas, profundas y/o con tramo venoso de longitud muy limitado.

CONCLUSIONES: Optimizando las actuaciones, se puede lograr una reducción de complicaciones, mayor longevidad del acceso venoso, incremento en la calidad de vida de los pacientes y reducción del coste producido por esta problemática



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

ENDARTERECTOMIA CARÓTIDA BAJO ANESTESIA LOCO-REGIONAL

Jose Antonio Correias Navarro, Pedro Alberto Milan Gonzalez, María Amparo Pérez Quintana, Nerea Berdasco Berdasco, Vanesa Alonso Gonzalez, Nieves Olga Ramos Fernandez

OBJETIVO: Conocer la técnica ,comparar y evaluar los resultados obtenidos de la endarterectomía carotídea bajo anestesia loco-regional vs anestesia general.

MATERIAL Y METODO: Descripción del bloqueo regional y de la intervención . Estudio retrospectivo observacional de cohortes apareadas ,realizado entre enero de 2021 y octubre 2021 . Se incluyeron 100 pacientes, de los cuales en 50(50%) se hizo endarterectomía carotídea bajo anestesia loco-regional con bloqueo cervical y sedación ligera y otros 50 (50%) bajo anestesia general que fueron utilizados como grupo control. Las variables fueron oximetría cerebral, dolor postoperatorio y la estancia hospitalaria.

RESULTADOS: Los resultados evidenciaron estabilidad neurológica mediante la oximetría cerebral durante todo el procedimiento(sistema INVOS 3100,Somanetics Corp), 2 minutos antes del clampaje, 2 minutos después del clampaje y al final de la intervención.

El grupo Anestesia Regional mostro mejor control del dolor en el postoperatorio inmediato, seis y doce horas, no se encontraron diferencias a las 24h.(EVN)

La estancia postoperatoria fue superior en los pacientes sometidos a Anestesia General(77,2+- 36,3 horas vs 129,1 horas,1 +-41,1 horas AG; p <0,001)

CONCLUSIONES:

- La endarterectomía carotídea bajo anestesia loco-regional representa una alternativa eficaz disminuyendo la tasa de complicaciones de la anestesia general ,un mejor control del dolor en el postoperatorio inmediato y el tiempo de estancia en el Hospital se acorta .
- La progresiva evolución en el tratamiento quirúrgico de la endarterectomía carotídea , conlleva la necesidad de que el personal de enfermería sea cada vez más especializado, lo que se consigue con esfuerzo, colaboración e implicación personal al no tener una formación específica.
- Adquisición de conocimientos para realización del acto quirúrgica desde el punto de vista enfermera.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

BYPASS CON INJERTO DE DONANTE CADAVER. DESCONGELACIÓN Y PREPARACIÓN DEL INJERTO CRIOPRESERVADO.

Laura Hervas Arconada¹

¹Hospital Clínico Universitario De Valladolid, Valladolid, España

INTRODUCCIÓN: en la actualidad se están volviendo a retomar los bypass con Homoinjertos de donante cadaver, indicados en infecciones recurrentes de bypass anteriores (con vena o protésicos) y en ausencia de vena autologa. Una importante ventaja en la actualidad es la relativa facilidad para la conservación y traslado de estos Homoinjertos criopreservados, lo que hace importante a nivel de enfermería el conocimiento de la técnica de descongelación y tratamiento en el campo quirúrgico.

OBJETIVOS: conocer perfectamente el protocolo de descongelación y tratamientos posteriores para un correcto implante del homoinjerto.

MATERIAL Y MÉTODOS: Homoinjerto vascular criopreservado de donante cadaver procedente del banco de tejidos, del tamaño adecuado al receptor de dicho injerto. Material quirúrgico y no quirúrgico detallado en el protocolo, incluido el personal necesario (cirujanos, anestesiólogos y enfermería y TCAE). Será necesaria una cirugía de banco previa al inicio de la intervención para la preparación del injerto para su implante. En todo momento se seguirán las normas universales de asepsia quirúrgica, con una correcta esterilidad del campo quirúrgico. De la misma manera se respetarán los tiempos indicados de descongelación marcados por el banco de tejidos.

RESULTADO: correcta descongelación y óptima preparación del homoinjerto previamente a la cirugía propiamente dicha. Esto conducirá al éxito de la intervención.

CONCLUSIONES: los progresos en la manipulación de tejidos humanos y el desarrollo de la criobiología hacen que cada vez se tengan más en cuenta estos injertos. Es una indicación opcional, en función de la experiencia del equipo quirúrgico y de la disponibilidad de criopreservados. Aunque no hay todavía demasiada evidencia científica, los resultados parecen indicar que las complicaciones son bajas y la curva de aprendizaje no es complicada.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

MONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA DE LA SATURACIÓN CEREBRAL DE OXÍGENO EN LA ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA

Silvia García Varga¹, Olga Robles Cañón¹, Clara Isabel Sancha García¹, Sara Rey Hortiguela¹, María Díez Nuño¹, Nagore Torres Manzano¹

¹Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

INTRODUCCIÓN: Los avances en cirugía carotídea han conseguido disminuir la mortalidad de los pacientes, esto nos conduce a centrarnos en minimizar la morbilidad, especialmente la patología neurológica asociada. Esta morbilidad se relaciona con la técnica quirúrgica, especialmente por el clampaje carotídeo. Hasta ahora la monitorización cerebral era compleja, pero la monitorización de la oximetría cerebral aparece como una alternativa válida, fiable, no invasiva, de fácil colocación, lectura e interpretación.

OBJETIVOS: Dar a conocer la tecnología NIRS y su utilidad en la medición de la oximetría cerebral en procedimientos de riesgo como es la endarterectomía carotídea, contribuyendo así a la mejora de la seguridad del paciente.

MÉTODO: Tras una revisión bibliográfica en los principales buscadores, presentamos la utilidad de la tecnología NIRS mediante monitor Invos® en el intraoperatorio de cirugía de endarterectomía carotídea. La oximetría cerebral mide la saturación cerebral de oxígeno de modo no invasivo, al colocar un sensor en la región frontal del paciente. La luz reflejada es captada por cromóforos (hemoglobina principalmente, cuyo espectro de absorción varía dependiendo de su estado de oxigenación) de tal forma que disminuye la cantidad de luz NIR reflejada dependiendo de la cantidad de cromóforos presentes (perfusión y volumen del cerebro) y de la cantidad de oxígeno que contenga.

RESULTADOS: Se ha evidenciado que cuando se utiliza la monitorización de la oximetría cerebral durante la cirugía carotídea, la actitud terapéutica cambia en el cirujano y el anestesiólogo, consiguiendo así disminuir la incidencia de secuelas neurológicas.

CONCLUSIONES: La tecnología NIRS nos permite una monitorización fácil, fiable y precoz de la oximetría cerebral. Es una buena herramienta terapéutica y diagnóstica complementaria a la monitorización habitual para evitar posibles lesiones neurológicas asociadas a la cirugía carotídea.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

MANEJO DE CATÉTER DE FIBRINOLISIS PARA ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA DE MIEMBROS INFERIORES

M^a Dolores González González¹, Sara Rey Hortigüela¹, Clara Isabel Sancha García¹, M^a Elena García García¹, Beatriz Rodríguez Sierra¹, M^a Inmaculada Aragón López¹

¹Hubu, BURGOS,

INTRODUCCIÓN: La isquemia arterial aguda de extremidades inferiores se define como la privación más o menos súbita de flujo arterial, siendo capaz de amenazar la extremidad en pocas horas. La isquemia aguda de la extremidad inferior constituye una urgencia médico-quirúrgica, ya que pone en peligro en pocas horas la viabilidad del miembro. Se hace necesario el entrenamiento del personal de enfermería quirúrgica en el manejo de dispositivos para la resolución de la isquemia arterial.

OBJETIVOS: Conocer las opciones de tratamiento para la isquemia aguda de miembros inferiores. Conocer y manejar el dispositivo endovascular para la fibrinólisis arterial mediante catéter de pulse-spray o infusión periódica de pulsos.

METODO: Revisión bibliográfica en bases de datos: Google académico, Clinicalkey .Protocolo de manejo del catéter Pulse Spray y su aplicación empírica en nuestro Hospital. Palabras clave: isquemia aguda, trombectomía, fibrinólisis.

RESULTADOS: Procedimiento de fibrinólisis en isquemia arterial aguda de miembros inferiores con técnica endovascular. Para facilitar su aprendizaje se realiza una videotécnica en la que se especifican los materiales, preparación del instrumental y la técnica de fibrinólisis con catéter de pulse-spray. El catéter de fibrinólisis se utiliza para la infusión del fibrinolítico alteplasa en la oclusión arterial aguda de arteria nativa o injerto. Una vez que se infunde la alteplasa se fija el catéter, se cubre de forma estéril. El paciente volverá a quirófano pasadas 24h para verificar con fluoroscopia la resolución del trombo arterial. Durante esas 24h el paciente permanecerá en la UCI para la infusión continua de la alteplasa a través del catéter de fibrinólisis.

CONCLUSIONES: La realización de videotécnicas para la formación del personal de enfermería quirúrgica ha demostrado ser una forma visual y practica para el aprendizaje. Es necesario reforzar esa formación con sesiones y simulaciones para adquirir los conocimientos y las destrezas necesarias.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE FÍSTULA AORTOCAVA

Alicia Martín Bravo¹, María del Carmen Cabañas García¹, Olivia Toledo Tejero¹, Adrian Fuentes Agundez¹

¹Hospital Universitario Quironsalud Madrid, Pozuelo De Alarcón, España

CASO CLINICO: Paciente de 60 años, que llega con dolor abdominal de 3 días de evolución asociado a vómitos el diagnóstico concluye AAA roto + FAC La fístula aortocava FAC, es una complicación de un 1% en los AAA. Objetivos: Tratar aneurisma de fístula aortocava con tratamiento endovascular, reduciendo el riesgo de una intervención convencional.

MÉTODO: Sometemos al paciente a diversas cirugías endovasculares El primer TAC muestra; AAA roto a VCI (FISTULA), trombo en ramas ilíacas y VCI 1ª Se realiza implante de endoprotesis aortobiliaca, se aprecia importante angulación del cuello de la aneurisma TAC a las 48 h, signos de fuga tipo I, se reinterviene al paciente para rectificar el cuello (Stent BEGRAFT por dentro de endoprotesis) y sellar la fuga, colocamos implante de stent Begraft en arteria renal izquierda y embolización con COILS MEDTRONIC de arteria mesentérica inferior a través de mesentérica superior sellando así la fuga tipo II, quedando resuelto el AAA. Continúa con edema importante en MMII y zona inguinoescrotal, signos congestivos y mala respuesta al movilizarle, que no cede con medidas antitrombóticas (medias neumáticas de compresión y elevación de MMII) Programamos una tercera cirugía para tratamiento de la patología venosa: Trombectomía farmacomecánica con dispositivo Angiojet de cava y eje iliaco derecho previo implante de filtro de vena cava inferior y se mantiene perfusión continua de fibrinólisis transcateter durante 24 h. Se realiza un control a las 24h. Donde se observa resto de trombo por lo que se realiza reconstrucción ilíocava mediante Implante de stent SINUS + Implante de stent ABRE en ilíocava bilateral.

RESULTADO: Endoprotesis sin fugas, renales e hipogástricas permeables, ilíacas y cava inferior con flujos fásicos, femorales con flujos trifásicos, fístula aortocava resuelta.

CONCLUSIONES: Paciente asintomático, no claudica, no presenta edema en MMII, no se percibe fuga de la endoprotesis, sin síndrome posttrombótico.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA EMBOLIZACIÓN DE RIÑONES POLIQUÍSTICOS

Sofía Pérez Niño¹, Elena Arias¹, Carmen San Millán¹, Iris Gago¹, Marta Asensio¹, Martín Gutiérrez¹

¹Hospital Clínico Universitario Valladolid, Valladolid, España

INTRODUCCIÓN: La poliquistosis hepatorrenal es la enfermedad renal hereditaria más frecuente, siendo la nefropatía de base del 15% de pacientes en lista de espera de trasplante renal.

Mediante la embolización de estos riñones se intenta reducir su tamaño y facilitar la realización del trasplante renal.

OBJETIVOS: Describir el procedimiento de la embolización de riñones poliquísticos llevado a cabo por el servicio de radiología vascular intervencionista (RVI) de nuestro hospital, a los pacientes derivados desde el servicio de urología. Describir el papel del personal de enfermería durante este procedimiento.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica, utilizando diferentes bases de datos como Cochrane, Pubmed, Medline.

RESULTADO:

El paciente candidato al procedimiento acude desde de la consulta de Urología a la sección RVI.

Esta sección explica el procedimiento y las posibles complicaciones que pueden surgir.

El día del procedimiento en la sala de RVI, se revisa la historia clínica del paciente (analítica, alergias...) y la firma del consentimiento.

Durante la intervención, la enfermera instrumentista colabora con el radiólogo intervencionista. El estudio consiste en realizar diferentes series arteriográficas para localizar, cateterizar y embolizar las ramas arteriales del riñón a tratar.

Es de suma importancia el control del dolor con una adecuada pauta analgésica, durante y tras la intervención. La aparición de un posible síndrome postembolización, que a veces se inicia durante las últimas fases del procedimiento, se trata de forma sintomática.

CONCLUSIONES: La embolización de riñones poliquísticos es una alternativa segura y menos costosa que una nefrectomía abierta, conlleva la disminución de la estancia hospitalaria y reduce significativamente la aparición de complicaciones.

El papel de enfermería en el servicio de RVI es muy importante para garantizar la atención de los pacientes durante procedimientos intervencionistas complejos.

Es esencial la coordinación de todos los profesionales implicados en el proceso asistencial para lograr unos cuidados de calidad.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

GUIA DE INSTRUMENTACIÓN EN LA REPARACIÓN ENDOVASCULAR DEL ANEURISMA DE AORTA DE URGENCIA

Clara Isabel Sancha García¹, Sara Rey Hortigüela, Silvia García Varga, Beatriz Rodríguez Sierra, Raquel Romero Fernández, María Elena García García

¹Hospital Universitario De Burgos, Burgos, España

INTRODUCCIÓN: Tradicionalmente al AAA se ha tratado mediante una técnica de reparación quirúrgica abierta. En las últimas décadas se ha desarrollado una auténtica revolución en el tratamiento de los aneurismas, la aparición de técnicas más novedosas y mínimamente invasivas han apartado la cirugía abierta en beneficio del EVAR (reparación endovascular del aneurisma de aorta).

El EVAR, consiste en la colocación guiada por imagen de una endoprótesis dentro de la aorta, eliminando así la presión dentro del saco aneurismático sellando la ruptura.

Actualmente existe la tendencia progresiva a considerar el tratamiento EVAR como primera opción terapéutica en la urgencia.

OBJETIVOS:

- Proporcionar a los profesionales de enfermería un recurso gráfico con el que poder conocer y preparar con mayor celeridad todo el material necesario.
- Minimizar errores por falta de conocimiento del material o de los recursos disponibles.
- Mejorar la destreza del personal de enfermería ante la técnica endovascular.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica sistemática en bases de datos: Pubmed, Cuiden, Clinical Key Rango de publicación: 2015-2021 Revisión de guías de práctica clínica.

RESULTADO: El EVAR es un procedimiento técnicamente reglado, su realización de forma sistemática, siguiendo los pasos facilita la intervención y disminuye las complicaciones.

El desarrollo y la evolución de la técnica EVAR ha tenido un enorme impacto en la cirugía vascular proporcionando otra opción de tratamiento más segura. Para implementar este procedimiento en la urgencia es imprescindible que todo el equipo de enfermería quirúrgica de urgencia esté perfectamente entrenado.

CONCLUSIÓN: Disponer de una guía de actuación en la unidad aumenta la seguridad del personal de enfermería en la preparación de los materiales necesarios y en el manejo de la técnica, disminuyendo el tiempo empleado en la preparación del quirófano; tan vital en el pronóstico del paciente. Ayuda a conocer los pasos de la técnica pudiendo así anticiparnos a posibles complicaciones, afianzando y dando valor a nuestro trabajo como parte activa dentro del equipo multidisciplinar

COMPLICACIONES URGENTES DE LAS FÍSTULAS ARTERIO-VENOSAS

Beatriz Rodríguez Sierra¹, Sara Rey Hortigüela, Clara Isabel Sancha García, Raquel Romero Fernández, Silvia García Varga, Olga Robles¹

¹Hospital Universitario De Burgos, Burgos, España

INTRODUCCIÓN: Las complicaciones de las Fístulas Arterio-Venosas son la causa fundamental de ingresos. La trombosis, es su complicación más frecuente, causado principalmente por los errores técnicos en la trombosis precoz y las estenosis en las tardías. Otra complicación sería las no relacionadas directamente con la permeabilidad, como son la infección, la hipoperfusión distal, los aneurismas o los pseudoaneurismas y las derivadas del alto flujo sanguíneo.

OBJETIVOS:

- Abordar los diferentes tipos de patología y complicaciones que pueden sufrir las Fístulas ArterioVenosas.
- Actualizar los aspectos relacionados con los principales tratamientos de las FAV trombosadas.

METODOLOGÍA: Búsqueda de artículos en la base de datos Medline, en revistas líderes de la publicación de estudios sobre fístulas arterio-venosas para hemodiálisis y consulta de la Guía elaborada por la S.E.N en consenso con las sociedades españolas de Enfermería Nefrológica, Enfermedades Infecciosas, Radiología Vascular y Angiología y Cirugía Vascular.

RESULTADOS:

- La morbilidad y mortalidad del paciente en programa de hemodiálisis (HD) tienen relación directa con el tipo de AV, tanto al inicio como en el seguimiento del TSR.
- Las FAVIn utilizadas en hemodiálisis, son consideradas de elección porque tienen menos complicaciones y mayor permeabilidad que las protésicas, aunque presentan un mayor riesgo de fallo precoz.

CONCLUSIONES:

- La FAV por excelencia es la radio-cefálica por tener una baja incidencia de complicaciones.
- Se recomienda la repermeabilización precoz de las fístulas A-V y tratar las estenosis en el mismo acto quirúrgico.
- La 1ª opción de tratamiento en las estenosis, es la terapia endovascular.
- Una eficiente gestión del equipo multidisciplinar pueden detectar precozmente la disfunción del AV.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

PROTOCOLO DE TRANSFUSIÓN MASIVA EN EL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO

Olga Robles Cañon¹, Silvia García Varga¹, Clara Isabel Sancha García¹, Sara Rey Hortiguela¹, Beatriz Rodríguez Sierra¹, Susana González Calzada¹

¹Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

INTRODUCCIÓN: La mortalidad intrahospitalaria tras la reparación de un aneurisma abdominal de aorta roto (AAAr) se encuentra en torno a un 40-50%, siendo el shock hemorrágico una de sus causas. Por ello dentro de su estrategia terapéutica inmediata se encuentra la transfusión de hemoderivados, llegando ésta a ser masiva en muchos casos.

La hemorragia masiva se perpetúa por la propia cirugía y la coagulopatía, que tiene su origen en distintos factores, principalmente la hipotermia, la hemodilución, la acidosis metabólica y la fibrinólisis.

OBJETIVOS: El objetivo del protocolo de transfusión masiva del HUBU es agilizar y priorizar la reposición de dicha volemia con el fin de minimizar la morbi-mortalidad asociada, así como conseguir la coordinación de los distintos servicios implicados en el proceso asistencial de este tipo de pacientes.

METODOLOGÍA: Presentamos el protocolo de transfusión masiva de nuestro hospital para casos de AAAr, el cual integra en el mismo proceso las siguientes acciones: diagnosticar y tratar el foco de hemorragia, resucitar según los estándares, disponer de quirófano, arteriografía y cama de UCI, coordinación con el laboratorio, detectar y tratar las complicaciones asociadas y, por último, optimizar el uso de hemoderivados.

RESULTADOS: Activar el protocolo en el momento del diagnóstico es de suma importancia para mejorar y priorizar su resucitación inicial mediante el suministro precoz de hemocomponentes. Con ello se ha demostrado que conseguimos prevenir la instauración de lo que se conoce como la triada letal, formada por acidosis, hipotermia y coagulopatía.

CONCLUSIONES: Conocer el protocolo de transfusión masiva por parte del personal de enfermería del bloque quirúrgico, es de vital importancia en casos de AAAr, ya que su activación precoz y correcto uso contribuirán a disminuir la morbi-mortalidad de estos pacientes.

UTILIZACIÓN DEL INYECTOR CO2 EN QUIRÓFANO DE CIRUGÍA VASCULAR

Clara Isabel Sancha García¹, Sara Rey Hortigüela, Silvia García Varga, Maria Elena García García, Esther Izquierdo García, Olga Robles Cañón

¹Hospital Universitario De Burgos, Burgos, ESPAÑA

INTRODUCCIÓN: La administración de contraste yodado en dosis suficientes para el diagnóstico de enfermedad vascular, presenta un riesgo a considerar en pacientes con función renal comprometida. El CO2 se ha propuesto como alternativa hace tiempo, pero sólo en los últimos años, es cuando se ha avanzado en el uso de estos sistemas de inyección.

OBJETIVO: Dar a conocer los dispositivos Angiodroid, así como su manejo en la cirugía endovascular, promoviendo así prácticas seguras para el paciente.

MÉTODO: Tras realizar una revisión bibliográfica de artículos publicados entre 2015-2021 en Clinical Key y Pubmed, presentamos el sistema de inyección de CO2 Angiodroid como alternativa a los sistemas tradicionales de inyección de contraste yodados.

RESULTADOS: El objetivo de la inyección de gas CO2 en una cavidad vascular es obtener una imagen radiológica basada en el cambio de la absorción de Rx del tejido, debido a las burbujas de aire. A diferencia de los contrastes tradicionales, el CO2 no se mezcla con la sangre. El CO2 no está asociado a nefrotoxicidad, se elimina rápidamente a través de los pulmones, por lo que permite inyecciones casi ilimitadas eliminando la posibilidad de reacción alérgica al contraste yodado.

CONCLUSIÓN: El uso de CO2 como agente de contraste es una alternativa segura, eficaz y altamente recomendable en la enfermedad arterial periférica sobre todo en pacientes con patología renal. Por el contrario, no está indicado su uso en inyecciones supradiafragmáticas por el riesgo de isquemia cerebral o coronaria



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

POSICIONES QUIRÚRGICAS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS CIRUGÍAS ENDOVASCULARES, EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA

Srta Maria del Pilar Vidal Neira¹, Sra. Maria Piñeiro Fraga¹, Srta Catalina Lopez García¹

¹Complejo Hospitalario Pontevedra, Pontevedra, España

INTRODUCCIÓN: El posicionamiento del paciente es una tarea de gran importancia. La correcta colocación viene determinada por el procedimiento quirúrgico; el tipo de anestesia, el estado general del paciente. La cirugía endovascular es un método mínimamente invasivo para el tratamiento de las lesiones de los vasos sanguíneos.

OBJETIVOS:

- Determinar el correcto posicionamiento del paciente y aparataje en las cirugías endovasculares
- Asegurar una adecuada protección del paciente, evitando complicaciones como isquemia de los tejidos, lesiones nervios periféricos, dolores musculoesqueléticos o síndrome compartimental.

METODOLOGÍA:

- Revisión de bibliografía de bases de datos (Pubmed, Medline, CUIDEN)
- Revisión y análisis de las posiciones del paciente y aparataje en los procedimientos endovasculares en nuestro servicio en los últimos 12 meses.

RESULTADOS:

Procedimientos endovasculares más habituales, posiciones y cuidados:

-Endoprótesis aórticas:

- Acceso percutáneo arteria femoral común
- Tablero mesa quirúrgica desplazado arriba y brazo derecho extendido
- Correcta alineación corporal
- Piernas descruzadas, vigilar hiperextensión pies
- Reducir presión mediante dispositivos acolchados.

-Revascularización de arterias viscerales, sector ilíaco y sector fémoro-poplíteo, abordaje vía braquial:

- Acceso arteria humeral izquierda
- Tablero mesa quirúrgica desplazado arriba (visualización, abdomen, pelvis y extremidades)
- Brazo izquierdo en tablero radiotransparente
- Correcta alineación corporal, mantener abducción de MMSS menor de 90º, antebrazo supinado o neutral
- Prevención de lesiones nervio braquial y cubital

-Revascularización de MMII:

- Acceso percutáneo arteria femoral superficial
- Tablero mesa quirúrgica desplazado abajo (visualización de toda la extremidad inferior)
- Prevención de lesiones en nervios periféricos, ciático y peroneo
- Reducir presión mediante dispositivos acolchados
- Vigilar hiperextensión de pies.

CONCLUSIONES: La posición quirúrgica durante la intervención presenta gran repercusión en el acto quirúrgico

Es necesaria la motivación / implicación de todo el equipo quirúrgico en la seguridad del paciente

Un mayor conocimiento sobre las distintas posiciones permite una mejor identificación de las necesidades de cada una de ellas, desarrollando un plan asistencial individualizado y mejorando la calidad asistencial.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

ACCESO VASCULAR PARA DIÁLISIS CON INJERTO “HEMODIALYSIS RELIABLE OUTFLOW” (HeRO)

Sara Rey Hortigüela¹, Clara Isabel Sancha García, Silvia García Varga, Olga Robles Cañón, María Díez Nuñez, Esther Izquierdo García

¹Hubu, Burgos, España

INTRODUCCIÓN: La enfermedad renal crónica (ERC) representa un importante problema de salud pública que afecta aproximadamente al 10% de la población adulta en España. A pesar de un óptimo manejo de la ERC, la enfermedad puede progresar hasta ser necesaria una terapia renal sustitutoria. Para llevar a cabo la diálisis es imprescindible un acceso vascular. Las opciones actuales son; fístulas arteriovenosas nativas, injertos protésicos o catéteres venoso centrales de larga duración. La estenosis y la oclusión venosa son unas de las principales causas de disfunción y fracaso de los accesos vasculares. Numerosos pacientes ven agotadas sus opciones de acceso arteriovenoso convencional por una estenosis venosa central. Para vencer este problema se diseñó el dispositivo Hemodialysis Reliable Outflow (HeRO®).

OBJETIVOS: Describir en qué consiste el dispositivo híbrido prótesis-catéter tunelizado HeRO® y su utilidad, así como el procedimiento para su implantación.

MÉTODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos; Pubmed y ClinicalKey, de los resultados obtenidos se incluyeron los estudios en español e inglés publicados entre los años 2016 y 2021.

RESULTADOS: El dispositivo HeRO® está compuesto por dos elementos, un injerto protésico arterial y un componente de salida venosa. El componente de salida venoso se coloca por vía percutánea a través de la vena yugular interna en la vena cava superior alojando el extremo distal radiopaco en la aurícula derecha. Este componente se tuneliza subcutáneamente hacia el injerto protésico y se anastomosa a la arteria braquial, evitando la oclusión y atravesando la estenosis con un flujo de salida directamente a la circulación venosa central.

CONCLUSIÓN: El dispositivo HeRO supone un avance para los pacientes con ERC que no tienen otra alternativa y dependerían de catéteres tunelizados para poder dializarse, disminuyendo así el riesgo de infección y mejorando su calidad de vida.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

CONCEPTOS BÁSICOS PARA ENFERMERÍA EN CIRUGÍA ENDOVASCULAR.

Laura Hervas Arconada¹

¹Hospital Clínico Universitario De Valladolid, Valladolid, España

INTRODUCCIÓN: la cirugía endovascular es muy diferente a cualquiera de las cirugías de un bloque quirúrgico, con unos materiales a muy específicos que es necesario conocer y comprender su utilidad para su correcto manejo. Con un correcto conocimiento la enfermera en el quirófano de cirugía vascular cada vez tendrá una mayor autonomía, conduciendo al éxito quirúrgico.

Es también interesante que el resto del personal que trata con el paciente previamente y posteriormente a la intervención lo conozcan también para prevenir complicaciones y anticiparse a estas o reconocerlas rápidamente.

OBJETIVOS: conocer de manera genérica el material endovascular, su utilidad y variaciones, así como la técnica quirúrgica en este tipo de intervenciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para todo ello necesitamos un equipo quirúrgico multidisciplinar (cirujanos, anestesiólogos, enfermería y TCAE), así como el diferente material general y específico detallado en el póster. Seguiremos en todo momento las reglas de asepsia quirúrgica y esterilidad del campo quirúrgico.

RESULTADOS: correcta organización del quirófano en cuanto a anestesia y colocación del paciente. Conocimiento adecuado del material para organizarlo de manera correcta y evitar contaminaciones accidentales, y tener previsto lo necesario en cada intervención.

CONCLUSIONES: con un adecuado conocimiento de este tipo de cirugía y sus materiales (más específicos que otros), el personal de enfermería tendrá un mayor control de la situación en cada momento y una correcta organización del quirófano desde el inicio. Asimismo, el resto de personal que atiende al paciente previamente y posteriormente podrá anticiparse a posibles complicaciones.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

RECUPERACIÓN DE SANGRE AUTÓLOGA INTRA OPERATORIA. RECUPERADOR CELULAR

Leticia Arranz Fernández¹

¹Hospital Clínico Universitario (Valladolid), Valladolid, ESPAÑA

INTRODUCCIÓN: la acción de recuperar sangre autóloga intraoperatoriamente con dispositivos electrónicos destinados para tal fin, hace falta utilizar el recuperador celular que, según su diseño y modelo tendrán unas características u otras.

El recuperador celular es un dispositivo electrónico utilizado principalmente para la recuperación de sangre autóloga para su posterior re-infusión de hematíes en determinadas intervenciones quirúrgicas donde se prevé un sangrado importante.

OBJETIVOS: conocer perfectamente el funcionamiento, material y manejo para establecer la eficacia del recuperador

MATERIAL Y MÉTODOS: material fungible y no fungible necesario y adecuado para la recuperación sanguínea intraoperatoria.

- Sistema de flujo semi-continuo: utilizan equipos automáticos en los que la sangre es recuperada por aspiración, anticoagulada y filtrada pasando a un reservorio desde donde es bombeada a una campana de centrifugación que separa y lava las células hemáticas con suero salino. El concentrado de hematíes suspendido en suero salino, con un valor de hematocrito entre 50-70%, pasa a una bolsa de reinfusión y el resto se desecha. Durante el proceso se elimina el plasma, productos tóxicos por la hemólisis, factores de coagulación, plaquetas y grasa. Todo ello está regulado por un microprocesador con detectores internos de aire y válvulas unidireccionales.
- Sistema de receptáculo desechable (canister): la sangre aspirada y anticoagulada se reserva en un receptáculo desechable que una vez lleno la sangre puede reinfundirse inmediatamente o tras un proceso estandar de lavado para eliminar hemoglobina libre y otras sustancias
- Sistema de reinfusión inmediata: la sangre va a un reservorio con anticoagulante de ahí se reinfunde por un filtro. Sangre no lavada

RESULTADO: correcto conocimiento del funcionamiento y material adecuado del recuperador. Esto conducirá a una técnica segura

CONCLUSIONES: es una técnica que proporciona importantes volúmenes de sangre autóloga sin necesidad de que el paciente haya entrado en programas de predonación.

Aunque su utilización se indica hemorragias intraoperatorias sup 1000-1500ml o sup 20% de la volemia



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

USO DE RECURSOS DIGITALES EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS Y HERIDAS

Sra. Salomé Vega Henao¹, Cristina Hidalgo Parra¹, Gadía Menendez Alonso¹

¹1, Terrassa, España

INTRODUCCIÓN: Estamos en un momento en el que la variedad de recursos en red está muy presente en nuestra profesión, siendo así una oportunidad de aprovechamiento de estas herramientas para, influir en la forma en la que realizamos el cuidado de las heridas.

OBJETIVOS: Conocer las ventajas que aportan las herramientas digitales para mejorar la asistencia. Describir los criterios de fiabilidad y seguridad de la información compartida en redes. Identificar plataformas con una suficiente calidad de contenido sobre el cuidado de la piel y la cura de heridas.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión bibliográfica realizada durante el mes de marzo de 2022 en las bases de datos Scielo, Pubmed, Dialnet y Google Académico, usando las palabras clave: “enfermería”, “atención primaria”, “redes sociales”, “aprendizaje”, “formación”, “heridas”, “blogs”. Se incluyeron artículos originales de estudios descriptivos, analíticos o ensayos clínicos publicados a partir de 2015 en castellano o inglés.

RESULTADOS: Se incluyeron y revisaron un total de 8 artículos. El auge y aumento de disponibilidad de las nuevas tecnologías supone una oportunidad para el aumento de la eficiencia y eficacia del trabajo diario de enfermería, además de facilitar la docencia y el intercambio de conocimientos. Las redes sociales, y la información que en ellas se publica, usadas de manera rigurosa, desarrollando una divulgación científica, contrastada, fiable y técnica, permiten realizar una buena formación en enfermería. Plataformas digitales como Instagram, Facebook o blogs (e.g. “ulceras.net”) permiten a profesionales expertos difundir conocimientos y establecer líneas de debate internacionalmente.

CONCLUSIONES: Los recursos digitales, usados con rigor científico, pueden ser una herramienta útil en el proceso de formación continua en enfermería, teniendo un efecto sobre la forma de realizar el tratamiento y cuidados de piel y heridas. Además, permite incluir a la enfermería en los procesos de innovación tecnológica.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

VALORACIÓN PROACTIVA Y MULTIDISCIPLINAR DE LA PAUTA Y EVOLUCIÓN DE LAS CURAS: CASO CLÍNICO

Sra. Nahia Arraiza¹, Estefanía Ibáñez Lagunas², Sonia Ornia Mateo¹, Irene Madorran Navajas¹, Marta Pérez Berrueta³, Paola Larrosa Pinilla⁴

¹C.s. San Juan, Pamplona, , ²C.s II Ensanche, Pamplona,

INTRODUCCIÓN : Las heridas crónicas se definen como aquellas en las que la cicatrización no se ha producido en el tiempo esperado, con importante repercusión a nivel del paciente, familia e institución sanitaria.

OBJETIVO: Potenciar el trabajo coordinado de los profesionales de Cirugía Plástica y enfermería de Atención Primaria (AP), así como, impulsar la gran labor de esta última.

MÉTODO : Plan de cuidados a un paciente pluripatológico del cupo de AP tras haber sufrido una quemadura de II grado, en abordaje terapéutico conjunto desde su Centro de Salud y Cirugía Plástica.

RESULTADO : El proceso de cura y cicatrización tuvo una duración de 4 meses aproximadamente. Durante ese tiempo, se le proporcionaron las siguientes atenciones:

- o Ingreso hospitalario.
- o 33 curas por parte de su enfermera de AP.
- o 5 curas por la enfermera del Servicio de Urgencias Extrahospitalarias.
- o 4 consultas con el Servicio de Cirugía Plástica.

Las heridas crónicas y especialmente aquellas en las que coexiste el factor añadido de diabetes, suponen una carga negativa muy importante para el paciente y la familia. Así mismo, precisan de una alta carga de atención material y personal por parte del sistema sanitario.

CONCLUSIONES:

- Destacar la importancia de la valoración continua y longitudinal de las heridas crónicas.
- Resulta fundamental, la asunción de una actitud proactiva y alerta ante signos de complicación o de evolución tórpida de la cicatrización.
- El papel de la enfermera, es fundamental dentro del equipo multidisciplinar que aborda este problema de salud; la educación sanitaria, las recomendaciones de prevención, la identificación de riesgos, el establecimiento de un plan de cuidados individualizado y la cura de las úlceras.

LUCHANDO CON PIE GUERRERO.

Sra. Raquel Julián Atienza¹, RAÚL JAIME JAIME¹, BEATRIZ GOMEZ-ESCALONILLA LORENZO¹

¹C.s. Sta. Mª De Benquerencia, Toledo, España

INTRODUCCIÓN. Paciente de 58 años que acude a consulta para cura de herida quirúrgica tras cuarta intervención de reconstrucción de pie cavo izquierdo con desalineación de retropié. Presenta herida transversa en base de 2º a 4º dedo de pie izquierdo con eritema y maceración. No calor local. No dehiscencia.

OBJETIVOS. Acortar el periodo de cicatrización y disminuir el riesgo de infección. Conseguir un resultado estético óptimo y mejorar la calidad de los cuidados de enfermería en este tipo de heridas. **MÉTODO.** Proceso de Atención de Enfermería estructurado en los siguientes apartados: Valoración (Patrones funcionales de Marjory Gordon), Diagnóstico (NANDA), Planificación (NOC-NIC), Ejecución y Evaluación.

RESULTADOS. Durante las dos primeras semanas evoluciona adecuadamente. Posteriormente, comienza a presentar signos de flogosis. Se retiran grapas, produciéndose dehiscencia con drenaje hemático. A las 48 horas, presenta placa necrótica, iniciamos cura con desbridamiento enzimático, alginato y vendaje protector. Además, presenta en zona plantar de ambos pies durezas y grietas compatibles con pie diabético e hipostesia. Reforzamos hidratación con AGHO, recomendando valoración podológica. Buena evolución. Al mes, tras revisión por especialista que pauta cura con apósito de plata, se forma placa necrótica. Se realiza desbridamiento cortante e hidrogel, mejorando lecho, disminuyendo esfacelos. Por ausencia de tejido granulación, cambiamos pauta. Iniciamos el desbridamiento con ozonoides, obteniendo en 18 días tejido de granulación y prácticamente resolución de herida.

CONCLUSIONES. Consideramos que el uso de la evidencia científica y el abordaje multifactorial de la herida consiguen una óptima progresión de la misma. También nos permite resaltar el papel fundamental que la enfermería de Atención Primaria puede y debe jugar en ese tipo de lesiones.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

CURA DE PIE DIABÉTICO POR 2ª INTENCIÓN POST- REAMPUTACIÓN

Sra. Sandra Cruz Rincón¹, Ana Peña Serrano, Leixuri Herruzo Diaz de Guereñu

¹Cs Casco Viejo Vitoria, Vitoria , España

INTRODUCCIÓN: Se define Pie Diabético como una “alteración clínica, de base neuropática e inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia, y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie “. Su prevalencia, complicaciones asociadas e impacto en la calidad de vida, hace necesario llevar a cabo intervenciones basadas en la evidencia para el cuidado de las personas afectadas.

OBJETIVOS: Describir el proceso de cicatrización por segunda intención de dehiscencia en pie diabético post-reamputación en paciente pluripatológico.

MÉTODOS: Hombre de 71 años pluripatológico, antecedentes de diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular. Acude a consulta de enfermería por dolor de 2º dedo extremidad inferior izquierda, apreciando necrosis con celulitis de 8 días de evolución, por lo que es ingresado en cirugía vascular. Tras mala evolución de IQ de amputación del miembro, se realiza reamputación mediante desbridamiento quirúrgico con reapertura completa y cierre por segunda intención. Herida de 1,5x1cm, tejido fibrinoso en lecho, exudado abundante, no signos de infección. Iniciamos tratamiento: hidrofibra de hidrocoloide con ag y espuma de poliuretano con silicona y reborde. Curas cada 48 horas. Uso de sandalia ortopédica. Al mes, tamaño 1x 0,5cm, tejido granulación en lecho, disminución del exudado. Se mantiene mismo tratamiento y cura cada 72h. Tras 15 días, evolución favorable, tamaño 0,5x 0,25cm. Se continúa tratamiento con modulador de proteasa y apósito de gasa.

RESULTADOS: La evolución ha sido favorable, reduciendo el tamaño y mejorando la calidad del tejido de granulación. A las 6 semanas, la lesión ha epitelizado. Recomendamos hidratación y utilización de sandalia ortopédica hasta completa resolución.

CONCLUSIONES: Es fundamental implementar el estándar de tratamiento del pie diabético, incluyendo un buen tratamiento etiológico y un correcto abordaje local y educativo para evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

VALORACIÓN DE UN MODELO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO CON ÚLCERA BASADO (UHECAPMS)(UFPDHUB)EN LA IMPLEMENTACIÓN DE ENFERMERIA DE PRÁCTICA AVANZADA EN HERIDAS CRÓNICAS (EPAHC).

Mónica González Durán¹, Sra M^a José Portillo Gañan¹, Sr Miguel Ángel Díaz Herrera¹, Sra Gema Trujillo Flores², Sra Susana Casaus Carmona³, Sr F. Javier Rodríguez Martínez³

¹ICS - SAP Delta, L'hospitalet De Llobregat, España, ²ICS - SAP APGBLLN, Barcelona, España, ³ICS - SAP CENTRE, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN: Una de las complicaciones más relevantes de la Diabetes Mellitus (DM) es el Pie Diabético (PD). El abordaje recomendado por las guías de práctica clínica, nacionales e Internacionales, se basa en un modelo multidisciplinar y coordinado entre dos diferentes niveles asistenciales, un primer nivel basado en atención primaria (AP) y podología comunitaria y un segundo nivel que incluye las unidades funcionales de pie diabético (UFPD). Desde la UHEC APMS, unidad compuesta por enfermeras de práctica avanzada en heridas crónicas (EPAHC), hemos iniciado un modelo asistencial basado en la coordinación y comunicación de la UHECAPMS y UFPDHUB.

OBJETIVOS: Evaluar la complejidad de las lesiones de PD tras la implementación del modelo de consultoría con la EPAHC.

METODOLOGIA: Cohorte prospectiva longitudinal de seguimiento de 17 equipos de AP del Servicio de Atención Primaria (SAP) Delta de la provincia de Barcelona, pertenecientes al Institut Català de la Salut (ICS) y con unidad de referencia de PD la UFPDHUB, desde el 2018 al 2021.

RESULTADOS: El área estudiada es una zona urbana con una población total de 363.154 personas asignadas de las que 28.031 (7,7%) tienen un diagnóstico de DM. La prevalencia acumulada anual (AA) se ha incrementado de 2018 a 2021 de 1,24‰ a 1,44‰ en población asignada y atendida; y la incidencia AA de un 0,47‰ a 0,69‰. Los días de lesión activa AA se han incrementado de 55.567 a 73.528 (24,4%) y las visitas AA en AP de 34.530 a 45.752 (24,5%). En relación con la tipología de las lesiones clasificadas según su antigüedad, las heridas de más de 2 años de evolución han disminuido de un 45,7% a un 27,8% ($p < 0,005$).

CONCLUSIONES: La incidencia de PD se incrementa proporcionalmente al aumento de pacientes con DM. Estrategias de atención integrada y coordinada entre niveles asistenciales reduce el nivel de complejidad de las lesiones.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

PACIENTE CON DIABETES: PREVENCIÓN DE PIE DIABÉTICO

Sra. Carmen Borrego de la Nava¹, Sr. Román Garrido Marcos

¹C. S. Río Tajo, Talavera de la Reina, Spain

INTRODUCCIÓN: La enfermedad del pie diabético es una complicación grave de la diabetes mellitus (DM), que afecta entre el 3-4% de los pacientes diabéticos en todo el mundo. La prevalencia es del 19-34%, con alto riesgo de complicaciones, como isquemia, infección y alto riesgo de amputación.

La etiología del mismo puede ser de infecciosa, neuropática, isquémica o neuroisquémica.

Por ello, debemos realizar un cribado vascular y neuropático de forma periódica.

La primera exploración de ambos pies debe ser a los cinco años del debut en DM tipo 1, y en el momento del diagnóstico en DM tipo 2. Las revisiones deben ser anuales.

OBJETIVOS: Conocer el procedimiento correcto para realizar el cribado de pie diabético.

MÉTODO: Revisión bibliográfica.

RESULTADOS: El cribado se realizará de la siguiente manera:

1. Anamnesis: Valoración del riesgo cardiovascular, posibles complicaciones y otras comorbilidades asociadas. Valorar claudicación intermitente o dolor en reposo.
2. Exploración física:
 - a. Inspección:
 - Aspecto de la piel: Sequedad, micosis, grietas, heridas, ulceraciones, etc.
 - Color y temperatura del pie, presencia o no de edemas.
 - Valoración de deformidades, callosidades y/o hiperqueratosis, especialmente en zona digital y plantar.
 - Valoración de las uñas de los pies, buscando onicomycosis u otras alteraciones.
 - b. Sensibilidad:
 - Superficial:
 - Táctil con pincel o algodón.
 - Dolor con pinprick/neuropen.
 - Térmica con la barra térmica.
 - Profunda:
 - Vibratoria con diapasón de 128 Hz.
 - Protectora con monofilamento de Semmes-Weinstein, reflejo aquileo y cutáneo-plantar.
 - c. Palpación e índice tobillo/brazo:

Palpación de pulsos distales del pie (tibial posterior y pedio; poplíteo y femoral), valoración de signos y síntomas vasculares. Si no encontramos pulsos o son tenues, realizaremos el índice tobillo/brazo.
 - d. Derivación a servicios más específicos si procede.

CONCLUSIONES: La prevención precoz del pie diabético reduce en grandes medidas las complicaciones producidas por consecuencia del mismo.

IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN INTEGRAL EN HERIDAS: ¿POR QUÉ NO CICATRIZA ESTA QUEMADURA?

Sr. Irene Madorrán Navajas¹, Sra. Estefanía Ibañez Lagunas², Sra. Sonia Ornia Mateo¹, Sra. Nahia Arraiza Gulina¹, Marta Pérez Berrueta³, Paola Larrosa Pinilla.⁴

¹Centro Salud San Juan, Pamplona, España, ²Centro de Salud II Ensanche, Pamplona, España

INTRODUCCIÓN: La paciente se trata de una mujer de 62 años con una quemadura de grado II-III de cicatrización tórpida en abordaje y seguimiento por la enfermera de su Centro de Salud. Entre los meses de septiembre a octubre se realizaron varios cambios en la pauta de curas utilizadas, sin objetivarse mejoría. Además, también precisó uso de antibioterapia y analgésicos por vía oral, provocando el primero de ellos una reacción alérgica generalizada que empeoró la evolución de la lesión. A finales del mes de noviembre, la paciente acude a consulta refiriendo clínica compatible con una infección del tracto urinario y una clara afectación del estado general presentando palidez, mareos, sensación nauseosa y sudoración. Se realizó una tira de orina, y ante los resultados de cuerpos cetónicos en Combur test, se determinó la glucemia capilar obteniendo un valor de 392 mg/dl.

OBJETIVO: Poner en valor la importancia de realizar una valoración integral del paciente que estamos tratando y no sólo de la herida.

MATERIAL Y MÉTODO: El método del siguiente trabajo consistió en el análisis de un caso clínico.

RESULTADOS: Tras la instauración del tratamiento con insulino terapia y cambio de pautas alimentarias para el manejo de su patología, se objetivó una clara mejoría de la lesión.

CONCLUSIONES:

- Importancia de contemplar la existencia de distintos factores que puedan estar interfiriendo en el proceso de curación de una herida.
- En el caso mencionado no se llevó a cabo una valoración integral de la paciente. Así mismo, tampoco se contempló la posibilidad de que pudiesen existir otras patologías que dificultasen el proceso de cicatrización.

EL EJERCICIO FÍSICO COMO PARTE DEL TRATAMIENTO EN LAS ÚLCERAS DE PIE DIABÉTICO.

Sra. Elena Arias Gómez¹, Sra. Celia Alonso Rodríguez, Sra. Mercedes González Ron, Sra. Paula Ovalle Álvarez, Sra. Silvia Yanguas González

¹*Centro De Salud Santa Hortensia, Madrid, Spain*

OBJETIVOS: Evaluar si la realización de ejercicio físico mejora la curación de úlceras de pie diabético.

Introducción: Numerosos estudios avalan que el ejercicio físico es un pilar fundamental en el tratamiento de la diabetes. Esto no se venía aplicando en el caso de pacientes con úlcera por pie diabético, reduciendo en estos casos sus niveles de actividad y descargando el pie. Sin embargo hay evidencia de que la realización de ejercicio favorece el riego sanguíneo de las heridas, mejorando su curación. De esta forma nos planteamos si sería beneficioso mantener este tratamiento durante la curación de la úlcera.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos de Pubmed y Google Escolar utilizando como palabras clave "Exercise" "Diabetic Foot", combinándolas con el operador booleano "AND".

RESULTADOS: Varios ensayos clínicos compararon los resultados en términos de disminución del tamaño de la úlcera en pacientes que realizaron ejercicios relacionados con el pie sin carga de peso, frente aquellos que solo realizaron el tratamiento convencional. Se objetivaron mejores resultados en el grupo experimental.

Otros estudios sostienen que el no realizar ejercicio físico durante la curación de la úlcera podría tener efectos más perjudiciales a largo plazo, ya que esto influye directamente en el avance de la neuropatía y la arteriopatía.

CONCLUSIONES: A pesar de la poca evidencia disponible, los estudios realizados sostienen que la realización de ejercicios focalizados en el pie sin carga de peso, reducen el tamaño de la herida y por tanto el tiempo de curación de la misma, sin registrar ninguna consecuencia negativa para el paciente.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA DEL PIE DIABÉTICO POR ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Sra Lorena Fernández Pérez¹, Sra María Gracia González Rodríguez², Sra Laura Tejedor Posadas¹, **Sra Carmen Tomé Pérez³**

¹Centro de Salud Mar Báltico, Madrid, España, ²Centro de Salud Barajas, Madrid, España, ³Centro de Salud Estrecho de Corea, Madrid, España

INTRODUCCIÓN: El Pie Diabético (PD) engloba al conjunto de complicaciones que pueden aparecer en el pie de la persona con Diabetes Mellitus como consecuencia de la combinación de otras de las complicaciones de la enfermedad, como la neuropatía diabética o la enfermedad vascular periférica (EAP), dando lugar a la aparición de úlceras, infección y destrucción de tejidos profundos, que pueden derivar en la gangrena o amputación del pie.

OBJETIVOS

- Identificar los factores de riesgo de aparición de PD por Enfermería de Atención Primaria (AP).
- Conocer la correcta evaluación del PD para la detección precoz de complicaciones.

METODOLOGÍA: Búsqueda y revisión bibliográfica en bases de datos y guías de práctica clínica (Fisterra, IWGDF). Las palabras clave utilizadas fueron: “pie diabético”, “prevención primaria”, “prevención secundaria” y “Atención Primaria de Salud”.

RESULTADOS: Las guías y artículos revisados coinciden en la forma de actuación ante un PD:

- Identificación, inspección y exámenes periódicos del pie de riesgo: se recomienda una revisión anual en AP que incluya la inspección de la piel, la exploración de la sensibilidad y los pulsos periféricos, y la determinación del índice tobillo-brazo en pacientes con EAP.
- Educación del paciente y la familia en el autocuidado, siendo imprescindible la inspección diaria de los pies.
- Control de los factores de riesgo para la ulceración: un buen control de la diabetes, hipertensión, dislipemia y obesidad, junto con el cese del tabaquismo, previenen el desarrollo de la EAP.

CONCLUSIONES:

- Para prevenir la aparición de PD es imprescindible realizar una correcta valoración de los pies y promover el autocuidado por parte del paciente.
- La enfermera de AP tiene un papel fundamental a la hora de prevenir, educar, controlar y reducir complicaciones, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

DE 00276 A 00293. A PROPÓSITO DEL CASO DE CESÁREO.

Sra. Paula Larrosa Pinilla¹

¹*Consultorio De Cortes, Tudela, España*

INTRODUCCIÓN: Cesáreo es un varón de 54 años, diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo 2 hace 10 años. En este tiempo no ha tenido ningún autocontrol sobre su enfermedad y tampoco había acudido al centro de salud. En febrero conseguimos que accediera a realizarse una analítica de sangre; en ella observamos una glucemia basal elevada y una hemoglobina glicosilada de 10. En ese momento se le pauta insulina y pasa a nuestra consulta para realizar educación para la salud.

OBJETIVO: Fue que el paciente fuese capaz de asumir el control de su enfermedad en tres sesiones de educación para la salud individual.
Para ello desarrollé tres sesiones individualizadas; en las que incluía de manera conjunta el área cognitiva, emocional y el desarrollo de habilidades.

MATERIAL Y MÉTODOS: Las sesiones se dividieron en:

1. Qué se de la diabetes, cómo me he cuidado hasta ahora. Explicación sobre qué es la diabetes, técnica de administrarse insulina y como realizarse autocontroles.
2. Dieta y ejercicio. Descompensaciones y cómo actuar. Demostración con entrenamiento de técnica de administrarse insulina y como realizarse autocontroles.
3. Cómo ha llevado esta última semana. Demostración con entrenamiento de técnica de administrarse insulina y como realizarse autocontroles. Dudas.

RESULTADOS: Los resultados fueron muy buenos.

Con el trabajo conjunto conseguimos que cumpliera los objetivos en tres sesiones.

Además, establecimos una relación de ayuda con el paciente, para que sepa que puede contar con nosotros cuando lo necesite.

CONCLUSIONES: Pese a que el diagnóstico de diabetes de Cesáreo era de larga evolución, con esta intervención hemos demostrado que es muy importante saber guiar y ayudar al paciente desde autogestión ineficaz de la salud (00276) a disposición para mejorar la autogestión de la salud (00293).



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

COMPLICACIONES EN PIE DIABÉTICO, A PROPÓSITO DE UNA CASO.

Sra. Laura Andres Lopez¹, Lorena Torrado Boada, Laura Silva, Helena Escoda Alguero

¹Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, España

INTRODUCCIÓN: Un porcentaje elevado de pacientes con DM desarrolla una úlcera en MMII durante el transcurso de su enfermedad, y aproximadamente el 56% de ellas se infectan. La mayoría de las amputaciones de los MMII en el paciente diabético vienen precedidas por ulceración, infección y gangrena; de ahí la importancia de hacer un diagnóstico correcto con un buen cribado de los factores de riesgo y educación sanitaria.

OBJETIVO: Descripción del caso de un paciente de 73 años, con antecedentes de DMII (insulinodependiente desde hace 15 años), NAMC, HTA, DLP, ex fumador desde hace 15 años, AVC en 2001, Sd. Depresivo e Hiperuricemia y historia vascular de:

04/03/19 Amputación de 1º dedo MII con reamputación abierta el 17/03/19

En octubre 2019 amputación del 3º y 4º dedo MII

Reingreso en abril 2020 por sobreinfección pie diabético MII (drenaje absceso)

Acude por úlcera infectada en el dorso del pie izquierdo, muy dolorosa; presenta evidencia de colección líquida compatible con absceso de partes blandas y afectación ósea del 1º metatarso y primera cuña; focos de edema e hiperemia en médula ósea en la base del 2º, segmentos no amputados del 3º, 4º y 5º MTT. Se deciden curas y tratamiento con ATB y en caso de empeoramiento la única opción es la amputación mayor. Obliteración distal bilateral; ITB: derecho 0,52; izquierdo 0,6.

MATERIAL Y MÉTODOS: Planificación y ejecución de las curas de enfermería según taxonomía NOC y NIC.

RESULTADO: se realiza un plan de cuidados individualizado, con una adecuada educación sanitaria y soporte psicológico.

CONCLUSIONES: Ayudar a comprender la patología del pie diabético es competencia de enfermería. Una buena comprensión y seguimiento de las recomendaciones y cribados puede evitar o retardar las complicaciones secundarias a la enfermedad o hacer que éstas se resuelvan de forma más temprana.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

ESTANDARIZAR SIN DEJAR DE INDIVIDUALIZAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Sra. Laura Andres Lopez¹, Helena Escoda Algueró, Maria Pilar Estudillo, Laia Queral Llaberia, Laura Silva, Ana Ferré Boronat

¹Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, España

INTRODUCCIÓN: Se calcula que el tratamiento y atención básicos de la diabetes permitirían prevenir hasta el 80% de las amputaciones de pies diabéticos.(OMS)

OBJETIVOS: Descripción del caso clínico de un paciente de 47 años diagnosticado a los 18 años de DM1 con mal control de la enfermedad y que no acude regularmente a las visitas de control. Derivado desde AP a la consulta de enfermería de Cirugía Vascular por mala evolución de úlcera en 1º dedo y base del 2º a nivel plantar, del pie izquierdo. Lesiones de 8 meses de evolución con emperoramiento los 2 últimos meses, exposición del tendón lumbrical y falanges del 1º dedo. Ha precisado diversas tandas de antibioticoterapia por infecciones de repetición. Dolor mal controlado con analgesia prescrita por lo que presenta alteración del sueño. Según refiere el paciente, no ha puesto en práctica las normas básicas del cuidado del pie diabético con la constancia que debería, en especial las relativas al descanso y a la descarga de la zona.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza una revisión bibliográfica exhaustiva en las principales bases de datos digitales en ciencias de la salud: Pubmed, CINAHL, SciELO España, CUIDATGE, CUIDEN así como las publicaciones disponibles de las Sociedades Españolas SEACV, AEEVH y GNEAUPP. Ésto nos sirve para analizar, evaluar y reflexionar a propósito del caso y trabajar de forma ordenada y clara.

RESULTADOS: Una vez derivado a la consulta especializada de enfermería vascular se inicia una valoración multidisciplinar donde participan el servicio de endocrinología, de infecciosas, de radiología, de cirugía vascular y de enfermería. Se planificaron los cuidados de enfermería utilizando el procedimiento de verificación DOMINATE-WOUNDS.

CONCLUSIONES: Gracias al trabajo interdisciplinar y seguir un plan bien estructurado e individualizado se logró un diagnóstico completo con un buen abordaje de las patologías y la cicatrización de las heridas.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

Planes de actuación
sobre los factores de
riesgo vascular
modificables:
Sedentarismo,
sobrepeso, tabaco y
alcohol.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995
<https://www.congresos.aeevh.org/>

LOS PILARES DE LA PREVENCIÓN DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO VASCULAR PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

Sra. Irene Martín Andrés¹

¹*Centro de Salud Barrio Del Pilar, Madrid, España*

INTRODUCCIÓN: La principal causa de morbilidad y mortalidad en países occidentales es la enfermedad cardiovascular, demostrándose su prevención costo-efectiva.

OBJETIVO: Definir líneas de actuación para profesionales de Atención Primaria sobre factores de riesgo vascular: sedentarismo, exceso de peso, tabaco y alcohol.

MÉTODO: Revisión bibliográfica de los últimos 5 años consultando las siguientes bases de datos: PubMed, Dialnet, Medline, Scielo. También se han revisado otros documentos como manuales, libros especializados en patología vascular. Los descriptores fueron: tabaquismo, alcoholismo, dieta mediterránea, estilo de vida.

RESULTADOS: El objetivo de la prevención cardiovascular es promover cambios de vida e identificar y modificar factores de riesgo. Para ejecutar un abordaje integral, se requiere una perspectiva multidisciplinar, cognitivo-conductual, habilidades comunicativas, técnicas motivacionales y realizar una entrevista clínica. Se exponen las líneas generales de actuación sobre los principales factores de riesgo:

- EXCESO DE PESO

Realizar una intervención dietética individualizada con buena adherencia, basada en la dieta mediterránea y combinando una estrategia grupal.

- SEDENTARISMO

Adaptar la actividad a cada paciente; Es preferible una actividad frecuente a de gran intensidad. La frecuencia ideal es diaria, pero es aceptable de 3 a 5 veces semanales, siendo más eficaz en compañía.

TABACO

Identificar y cuantificar el consumo de las personas fumadoras al menos cada dos años. Aconsejar su abandono de forma sistemática, incluyendo intervenciones social y farmacológica.

ALCOHOL

Valorar y cuantificar el consumo de alcohol al menos cada 2 años en mayores de 14 años. Recomendar su abstinencia o un consumo de bajo riesgo. En caso necesario, informar sobre terapias de apoyo y servicios especializados.

CONCLUSIONES: La atención multidisciplinar en Atención Primaria es esencial para la prevención de factores de riesgo cardiovascular, así como conocer y llevar a la práctica las principales recomendaciones.

FACTORES DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD VENOSA CRÓNICA EN LA POBLACIÓN DE CATALUÑA

Dra. Èrica Homs Romero¹

¹CAP Ernest Lluch, Figueres, Girona. España

INTRODUCCIÓN: La enfermedad venosa crónica (EVC) en extremidades inferiores (EEII) es un trastorno muy frecuente en sus estadios iniciales como son las arañas vasculares, presentes en el 80% de la población mundial.

OBJETIVO: Conocer los factores de riesgo (FR) relacionados con la EVC en población catalana.

MATERIAL Y MÉTODOS: se realizó un estudio de corte transversal utilizando la base de datos del Sistema de Información para el Desarrollo de la Investigación en Atención Primaria (SIDIAP), que contiene los registros de las consultas de 279 centros de atención primaria pertenecientes al Servicio de Catalán de Salud. Los criterios de inclusión fueron las personas adultas (>18 años) visitadas hasta tres años antes del 2016.

RESULTADOS: El estudio recoge 4.406.052 personas entre ≥ 18 y los ≤ 90 años. La proporción hombre/mujer es de 1/1 (49.96% mujeres), la edad media es de 46.99 años (DE 18.44). Los FR relacionados con EVC fueron: sexo femenino con un riesgo 2.19 veces superior, el sobrepeso un riesgo 1,18 veces superior al normopeso, aumentando la obesidad (IMC>30) hasta 1,48 veces. Un factor determinante fue la edad, según aumenta la edad aumenta el riesgo. Ser fumador, exfumador o HTA presenta un riesgo relativamente bajo en comparación al resto de los FR estudiados, con valores de 1.01, 1.08 y 1.10 respectivamente. Otro factor como es el embarazo aumenta hasta 1,40 veces el riesgo de padecer EVC.

CONCLUSIONES: Los factores más determinantes para desarrollar EVC son ser mujer, la obesidad, el embarazo y la edad.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>

AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA COMPLETA METACARPOFALÁNGICA

Sra. Maria Del Mar Ferran Garcia¹

¹Cap Pont De Suert, Pont De Suert, España

INTRODUCCIÓN: Se trata de un caso clínico relacionado con la demanda urgente de un ciudadano al Centro de Atención Primaria de Pont de Suert.

El ciudadano relata que trabajando sufre un traumatismo en la mano derecha. Presentado amputación de: dedo índice a nivel articulación metacarpofalángica, amputación parcial del cuarto y quinto dedo de dicha mano.

OBJETIVO GENERAL:

- Recuperar la funcionalidad de la mano derecha

Secundarios:

- Identificar signos infección
- Fomentar una correcta cicatrización
- Identificar el estado emocional del paciente
- Favorecer una correcta actitud frente a la situación actual

METODOLOGÍA: Se procedió a la colocación del dedo en hielo para trasladarlo. Compresión i vendaje de las falanges afectadas junto con agentes hemostáticos. El ciudadano es traslado en helicóptero al Hospital Parc Taulí, donde es intervenido.

Al alta se inician los cuidados en el centro de atención primaria. Paciente presenta puntos de sutura y agujas de Kirschner en los dedos. Se programa un plan de cuidados: herida mano. Se aplica, según plan, suero fisiológico con agua oxigenada, se cubre con apósito de malla de silicona y gases junto con vendaje sin compresión. Posteriormente retiramos puntos y desinfectamos con clorhexidina. Se realizan curas cada 48h.

Simultáneamente se inicia rehabilitación

RESULTADOS: Las curas cada 48 horas junto con las visitas con el cirujano y el inicio precoz de la rehabilitación muestran una buena cicatrización y un buen proceso de curación.

CONCLUSIONES: El fomento de la autonomía del ciudadano en el proceso de cuidado, y la coordinación, muestra una mejora en el proceso y la vivencia respecto a la experiencia traumática vivida.

El trabajo de forma multidisciplinar con el equipo de atención primaria, cirugía y fisioterapia muestra resultados en los cuidados tanto ambulatorios como autónomos tanto en la correcta curación, cicatrización como en el bienestar emocional.

Enfermería quirúrgica
vascular: evolución de
la tecnología y de las
técnicas quirúrgicas.
Cirugía endovascular
versus cirugía
convencional. Urgencia



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995
<https://www.congresos.aeevh.org/>

PLAN DE CUIDADOS INTRAOPERATORIOS EN PACIENTES INTERVENIDOS DE ANEURISMECTOMÍA DE AORTA ABDOMINAL

Maria del Pilar Vidal Neira¹, María Piñero Fraga, Catalina López García

¹Complejo Hospitalario Montecelo, Quirófano Vascular. Pontevedra

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico de enfermería es el juicio clínico en relación a una respuesta humana frente a problemas de salud/procesos vitales reales o vulnerabilidad para esa respuesta de una persona familia, grupo o comunidad. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería destinadas a lograr los objetivos de los que el enfermero es responsable. El aneurisma de aorta se define como una dilatación anormal y permanente mayor o igual al 50% del diámetro aórtico natural. La consecuencia más grave de dicha patología es la rotura de la pared aórtica. Existen dos tipos de abordaje para su reparación: Laparotomía o EVAR

OBJETIVOS:

- Describir la actuación de enfermería en los pacientes intervenidos de aneurismectomía de aorta abdominal
- Identificar los diagnósticos posibles y de riesgo durante la cirugía
- Elaborar un protocolo de actuación para el personal de enfermería de la unidad quirúrgica
- Establecer criterios de resultados así como las intervenciones de enfermería en cada uno de los diagnósticos descritos

METODOLOGÍA:

- Valoración y análisis de los cuidados establecidos en la propia práctica asistencial diaria en las aneurismectomías de aorta abdominal en nuestra unidad
- Revisión bibliográfica de bases de datos (Pubmed, Medline, Cuiden)

RESULTADOS: Principales diagnósticos detectados:

Riesgo de infección (00004)	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal (00005)
Deterioro de la eliminación urinaria (00016)	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025)
Deterioro de la integridad cutánea (00046)	Dolor agudo (00132)
Riesgo de lesión perioperatoria (00087)	Riesgo de sangrado (00206)
Riesgo de disfunción neurovascular periférica(00086)	
Riesgo de shock (00205)	Temor (00148)

CONCLUSIONES: La elaboración de un plan de cuidados de enfermería estandarizado es de gran utilidad para los profesionales que trabajan en el bloque quirúrgico; evitando la diversidad de la práctica enfermera y favoreciendo la unificación de las actividades. Mejorando la calidad asistencial y disminuyendo errores



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

©AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2022. ISSN: 2938-0995

<https://www.congresos.aeevh.org/>