

RESULTADOS EN SALUD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA DE CIRUGÍA VASCULAR EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA.

Autores: Rosa Casado Fernández, Isabel Zafra Izquierdo, Esperanza Zuriguel Pérez, Dani Andrés Escobedo.

Hospital Universitari Vall d'Hebron

Resumen:

Objetivo: comparar el perfil demográfico, clínico y de progresión de los pacientes con enfermedad venosa crónica atendidos por la enfermera de práctica avanzada versus pacientes en seguimiento en consultas externas.

Metodología: estudio analítico, retrospectivo de cohortes entre los pacientes diagnosticados de enfermedad venosa crónica (EVC) atendidos por la enfermera de práctica avanzada (EPA) de vascular y los pacientes seguidos en las consultas externas (CEX) del mismo servicio, sin intervención de esta enfermera.

El estudio se realizó entre junio de 2021 y junio de 2022. De los 137 pacientes que siguieron visitándose en las CEX tras la segunda visita: 54 pacientes atendidos en la consulta del médico especialista y 83 fueron derivados a la consulta de la EPA.

A ambas cohortes se les realizó una medición inicial y a los seis meses, para valorar la severidad de su EVC aplicándoles el cuestionario Venous Clinical Severity Score (VCSS), el nivel de calidad de vida relacionada con la salud a través del cuestionario auto cumplimentado Venous Disease Quality of Life Questionnaire (CIVIQ 20) y el nivel de satisfacción con la atención recibida según escala de Baker.

Para la recolección de la información de los pacientes visitados por la EPA, se utilizaron: la entrevista, observación directa al paciente y la historia clínica. Se realizó la valoración según el modelo de necesidades de Virginia Henderson.

Se utilizó RedCap para la recogida de datos que se analizaron utilizando frecuencias relativas y absolutas, medidas de tendencia central, de dispersión y posición como la desviación estándar. Se estableció el nivel de significación estadística en $p<0,05$. Todos los



análisis se hicieron con el programa estadístico SPSS Versión 24.

Resultados:

Durante el periodo de estudio los datos de los pacientes de ambas cohortes mostraron que la edad media era de $62,38 \pm 10,27$ años. Mayoritariamente (81,48%) eran mujeres, (51,85%) no fumadores, (74,07%) con antecedentes familiares de IVC y los 137 (100%) habían sido intervenidos en alguna ocasión, de las extremidades inferiores.

En la escala de gravedad VCSS, la diferencia entre la puntuación global media de la visita basal y la visita a los 6 meses, fue estadísticamente significativa en ambos grupos. En la cohorte EPA la puntuación media descendió -3,5 puntos (p -valor = 0,004) mientras que en la cohorte médico especialista el grupo de pacientes con seguimiento en consultas externas bajó -1 punto ($p=0,031$).

Referente al nivel de calidad de vida, en la cohorte EPA hubo un incremento de la puntuación media de 16,5 puntos ($p = 0,001$), entre la puntuación basal 76,50 [61,75-89] y la puntuación a los 6 meses 93 [83,75-96,25]. Mientras que en la cohorte especialista fue de 1 punto ($p = 0,020$), pasando de 86 [59,5-89,5] en la visita basal a 87 [70-92] en la visita a los 6 meses.

En relación al nivel de satisfacción manifestado por los pacientes la respuesta fue, en la mayoría de los casos: “muy satisfecho” ($4,45 \pm 0,22$, en la escala Baker).

Aplicabilidad:

Ante la mejora de la gravedad de la EVC y el nivel de calidad de vida de los pacientes tratados por la EPA en relación a los visitados por el médico especialista, se evidencia la importancia del rol de la EPA en los resultados de salud de estos pacientes.

NUESTRA EXPERIENCIA CON APOSITO DE FIBRAS POLIABSORBENTES IMPREGNADAS CON TLC-NOSF RESUMEN

Autores: Raquel Palacios Salguero, Carolina Doblas Carvajal, M^a Carmen Rodriguez Peral, Guadalupe Chamizo Salcedo

Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: Paciente mujer de 95 años que no deambula , con demencia , cardiopatía aórtica degenerativa con estenosis , leve fibrilación auricular en tratamiento con Apixaban y estrategia de control de la FC con Bisoprolol , arteriopatía periférica crónica grado IIB (occlusión popliteo-distal) con lesiones en partes acras de pies. Presenta lesión traumática en zona anterotibial MID producida por contusión y cizalla, produciéndole un desgarro tipo II (dermis y epidermis) según Sistema de clasificación de los desgarros cutáneos del ISTAP.

Objetivos: Conseguir una aceleración en la curación de la lesión y así prevenir futuras complicaciones tales como infección y sangrado. Con la utilización de éste apósito queríamos controlar el exceso de metaloproteasas y contribuir a la angiogénesis y aceleramiento en el proceso de curación. **Metodología:** En primer lugar se procede a la valoración del desgarro, decidiendo retirar el colgajo por no encontrarlo viable y encontrarse la zona con hematoma, se desbrida con hoja de bicturí y se detiene el sangrado. Para las curas hemos realizado en primer lugar lavado con solución salina, posteriormente hemos dejado actuar hidrogel acto para lavado, descontaminación e hidratación de la herida que posteriormente ha sido retirado con lavado de solución salina antes de usar el apósito de primera elección. El apósito que hemos decidido usar ha sido el de matriz de hidrocoloide con componentes lipídicos y tecnología TLC'-NOSF (Factor Nano Oligosacáridos) y fibras poliabsorbentes. La frecuencia de las curas se realizaron los primeros 15 días c/24 horas, posteriormente pasamos a C/48 horas y a partir del mes pasamos a c/72 horas hasta su cierre. **Resultados:** En mes y medio hemos conseguido tener la úlcera completamente epitelizada y en ningún momento ha presentados signos de



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

infección ni estancamiento en su evolución.

Conclusión: El uso de este apósito, nos ha permitido controlar el exceso de metaloproteasas, las cuales suelen estar muy aumentadas en pacientes de avanzada edad y sus fibras poliabsorbentes nos han permitido una limpieza continua de la lesión y retener el exudado. También cabe destacar que es de vital importancia la implicación de la familia en los cuidados y seguimiento de las curas, y la coordinación con los compañeros de atención primaria para trabajar al unísono. Palabras clave: úlcera, desbridamiento, colgajo, desgarro metaloproteasas.



TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA PARA LA CURA DE HERIDAS EN PACIENTE MAYOR INSTITUCIONALIZADO.

Autores: Javier García Iglesias, Alicia Garrido Rivera, Lara Alonso Bonete, Diego Martín Caro Alvarez, Ana Peregrina Guzman, Andrea Bautista Fernandez

Residencia Nueva Esperanza

Resumen: La aparición de úlceras en los pacientes mayores que están institucionalizados supone un deterioro importante de su calidad de vida. La falta de progresión en la mejora de la lesión debe ser motivo de revisar la pauta en el tratamiento de la misma. Mujer de 79 años, con diabetes mellitus tipo II, obesidad mórbida con patología vascular crónica, en eco doppler presenta patología desde arteria femoral, sin flujo pulsátil, además presenta, insuficiencia renal crónica, retinopatía diabética y anemia de trastornos crónicos. En tratamiento con insulina, diuréticos, hierro, anticoagulantes y betabloqueantes. Presenta una úlcera vascular estadio II en tercio medio de la diáfisis del peroné de la pierna izquierda, de un año de evolución, contraindicado el vendaje compresivo por necrosis de 2º dedo pie izquierdo. La lesión presenta infección por Staphylococcus Aureus Meticilin Resist. Lesión de unos 7x5 cm de diámetro con bordes irregulares de 12 meses de evolución. Dolor: 8 en la escala numérico verbal de 1 a 10. Exudado: moderado. Estado de la piel: Dermatitis y maceración en piel perilesional. Lecho de la herida: presenta hipergranulación con presencia de tejido biofilm. Se inicia tratamiento con terapia de presión negativa (TPN). A los 10 días se observa mejoría presentando bordes más definidos con una disminución del diámetro de la lesión, además de la reducción del tejido biofilm casi en su totalidad.

A las 6 semanas desde el inicio del tratamiento con la terapia de presión negativa, la paciente presenta una reducción de la lesión del 50%, y a las 9 semanas la herida ha disminuido su tamaño de manera considerable, consiguiendo una resolución total de la lesión en 11 semanas desde que se colocó el dispositivo de terapia de presión negativa.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

Conclusiones: Escogimos esta terapia ya que se usa principalmente en el servicio de curas del hospital, no se había utilizado este dispositivo en residencia de ancianos. Con la terapia de presión negativa, se obtienen buenos resultados y se reduce la carga de trabajo del personal de enfermería ya que disminuye el número de cuidados a realizar al paciente. Al retirar el exudado de la lesión, así como el fluido intersticial, ayuda en la reducción del edema y la inflamación por lo que permite a la lesión poder avanzar en el proceso de cicatrización. Al ser un sistema cerrado evita la entrada de patógenos en la lesión, a la vez que genera un medio húmedo. Con la TPN, hemos conseguido fomentar el crecimiento epitelial, contraer la herida, reducir el exudado, evitar la maceración y proporciona unas características idóneas para la curación de las heridas, aumentando la perfusión sanguínea local y estimulando así el tejido de granulación.



CUIDADOS INTRAOPERATORIOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SINDROME DEL CASCANUECES

Autores: María Piñeiro Fraga, María del Pilar Vidal Neira

Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción

Definición:

Compresión extrínseca de la vena renal izquierda a su paso entre la arteria aorta y la arteria mesentérica superior lo que produce una dificultad en el retorno venoso con aumento de la presión venosa desarrollando secundariamente venas colaterales a través de la vena gonadal izquierda con varices pélvicas fundamentalmente de predominio izquierdo.

Se desconoce el origen de este síndrome compresivo. Es frecuente en personas delgadas, fundamentalmente mujeres, entre la 3^a y la 4^a década de vida

Clínica:

Puede permanecer silente o manifestarse de diferentes maneras: dolor abdominal flanco izquierdo, dismenorrea, dispareunia, dolor hipogástrico, infecciones de orina recurrentes, proteinuria recurrente, hematuria macro o microscópica, disuria...

Diagnóstico:

Ecografía doppler

TAC/ Resonancia

IVUS (gold standar; visualización compresión de la VRI y medición de su diámetro)

Tratamiento:

Tratamiento conservador o tratamiento quirúrgico.

Tratamiento conservador: en asintomáticos o pocos síntomas. Indicación de aumento de grasa intraabdominal y uso de fármacos como aspirina o IECAS

Tratamiento quirúrgico:

-Cirugía abierta:

Transposición de la VRI

Transposición de VGI

Transposición de AMS

Bypass renocavo

Autotransplante riñón izquierdo

Nefrectomía

-Procedimiento endovascular: Stent venoso autoexpansible en vena renal +/- embolización vena gonadal izquierda

-Procedimiento híbrido: Transposición de la VRI con parche venoso + stenting



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

Objetivos

- Proporcionar información acerca de las características clínicas así como las opciones de tratamiento del síndrome del cascanueces
- Adquirir los conocimientos precisos nos permite identificar las necesidades, planificar y establecer las intervenciones de enfermería para garantizar la seguridad y prevención de complicaciones.

Metodología:

- Tras revisión bibliográfica y teniendo en cuenta nuestra experiencia asistencial, determinamos las principales actividades de enfermería a desarrollar en la cirugía abierta como tratamiento del síndrome de cascanueces

Resultados

- Diagnósticos identificados:

Riesgo de infección

Riesgo de sangrado

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos

Riesgo de shock

Deterioro de la integridad cutánea

Deterioro de la eliminación urinaria

Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal

Dolor agudo

Temor

- Intervenciones de enfermería

Comprobar correcto funcionamiento de equipos y disposición de aparataje

Comprobar HC...Alergias, ayunas, higiene, profilaxis antibiótica...

Acomodar y ayudar a la colocación de la paciente en la mesa quirúrgica

Realizar check list o verificación quirúrgica

Disponer de protecciones (almohadillado) para el abordaje retroperitoneal. Protección y almohadillado de las prominencias óseas; colocar los miembros de la forma más anatómica posible

Preservar la intimidad del paciente

Disminución de la ansiedad

Monitorización de signos vitales

Administración de anestesia y analgesia

Regulación de la temperatura intraoperatoria con calentador de fluidos y manta térmica

Preparación de sistemas de canalización arterial y vía central

Control y protección contra infecciones

Sondaje vesical, cuidados del cateter y control de la eliminación (sistema de medición horaria de diuresis)



Control del sangrado
Manejo de líquidos y terapia intravenosa
Manejo de hipovolemia y administración de productos sanguíneos
Prevención y manejo del shock
Heparinización sistémica y control del tiempo de clampaje
Colaboración en preparación del material y prótesis
Control de que se mantengan en todo momento unas correctas medidas de asepsia y esterilidad
Contaje de material fungible e instrumental

Conclusiones

Un mayor conocimiento de las principales características clínicas y las distintas opciones de tratamiento del síndrome del cascanueces ayudará al personal de enfermería del quirófano a identificar y disponer del material necesario para su intervención quirúrgica, ayudando así a mejorar eficiencia y confort de los cuidados intraoperatorios y elevando la calidad asistencial

VENTAJAS DEL USO DEL RECUPERADOR SANGUÍNEO EN EL QUIRÓFANO

Autores: María del Pilar Vidal Neira, María Piñeiro Fraga

Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción:

El recuperador celular es un sistema de transfusión autóloga intraoperatoria que recupera, filtra y guarda la sangre vertida en el campo operatorio, posteriormente la concentra y lava los hematíes recuperados para finalmente almacenar y reinfundir el concentrado de hematíes al paciente.

Los sistemas utilizados solo recuperan el 50-60% de la sangre perdida durante el acto quirúrgico , lo que junto al elevado coste del material fungible, hace que solo se indique su utilización en los procedimientos en los que se prevé una hemorragia superior a 1000 o 1500 ml o superior al 20% de la volemia o cuando se anticipa que se puede recuperar al menos una unidad de concentrado de hematíes.

Objetivos:

- Identificar cuales son las indicaciones y contraindicaciones de uso del recuperador intraoperatorio
- Analizar cuáles son las ventajas y complicaciones generales en la utilización del recuperador sanguíneo
- Destacar la importancia del uso del recuperador en la formación de la enfermería de quirófano al ser responsables de su montaje y manejo es función enfermera

Metodología:

Revisión de bibliografía de diferentes bases de datos

Resultados:

-Indicaciones:

Cirugía limpia.

Sangrado previsto mayor o igual al 20% del volumen circulante.

-Contraindicaciones:

Sepsis/foco infeccioso

Procesos malignos

Hemostáticos tópicos

Productos de lavado

-Ventajas:

Evita riesgo de incompatibilidad , aloinmunización , inmunosupresión y transmisión de



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

enfermedades virales

Calidad superior de la sangre obtenida. (La sangre recuperada presenta un Hematocrito de 55% a 90%

Supervivencia de los hematíes idéntica a los de la propia sangre No se altera morfología, fragilidad osmótica Ph y K menores)

Disponibilidad directa de la sangre procesada para la reinfusión

Disminución del consumo de sangre de banco

-*Complicaciones:*

Pérdida de proteínas (producida por el lavado celular)

Riesgo de activación de la coagulación (por aspiración de líquidos corporales, como líquido ascítico o amniótico)

Hemólisis y producción de radicales libres (por interacción de los tubos , uso de cánulas no romas, velocidad de centrifugación o presión de succión excesivas (mayor de 20 cm de H₂O))

Contaminación séptica de sangre reinfundida (por tiempo excesivo (mayor a 6-8 horas) entre aspiración-reinfusión o por la aspiración de desechos corporales, focos sépticos...)

Embolismo (por restos celulares, grasa microagregados, aire, etc)

Toxicidad (por catecolaminas, antibióticos o fármacos suministrados)

Producción de radicales libres (por aspiración de soluciones antisépticas)

Diseminación de células neoplásicas (por aspiración de tejidos invadidos)

Conclusión:

Tras la revisión de los artículos seleccionados se concluye que el uso sistemático de los recuperadores celulares de hematíes en las cirugías de aorta reduce las necesidades transfusionales de sangre homóloga postoperatoria y no está asociada a la aparición de grandes efectos adversos.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

CURAS DE HERIDA ALLEN II CON AFECTACIÓN DE LECHO UNGUEAL Y BORDE

Autores: CRESPO LINARES, OLGA BEXAIDE

CUBITAL MUTUA UNIVERSAL, OVIEDO

Se presenta caso clínico de paciente masculino de 60 años de edad. Natural y procedente de la localidad de Oviedo, de profesión chofer-repartidor, quien el día 10 de enero del 2023, sufrió accidente laboral Herida abierta 5º dedo de la mano derecha, que afectaba a Falange Media y especialmente Falange Distal, con afectación ungueal y de planos profundos y fractura conminuta de penacho distal de F3. Herida inciso-contusa Allen II con afectación de lecho ungueal y borde cubital. No exposición ósea. Movimientos conservados. No alergia a medicamentos. Antecedentes: No patologías ni tratamientos crónicos. IQ Resección transuretral de tumor vesical (4/01/2019). Posterior a la valoración por cirugía plástica, y dada la complejidad de la lesión, se planteó realizar curas empleando material de uso frecuente en el centro asistencial como antiséptico con base Yodada en gel e Hydrotul. El objetivo planteado en la presentación de este caso es conocer las actividades de enfermería en la recuperación de un paciente con lesión en dedo de mano que limitaba su vida cotidiana. Se trata de estudio descriptivo, observacional, donde se realizó registro fotográfico de cada cura realizada, manteniendo el mismo criterio y considerando el tipo de lesión para realizarla durante. En este trabajo se presentarán los diferentes diagnósticos de enfermería detectados durante el proceso, así como objetivos plateados y actividades para su consecución. En lo que se refiere al cuidado de la herida, se usó antiséptico tipo gel e hydrotul, con inmovilización del dedo mediante fleje, fijándolo con vendaje cohesivo, realizando las curas cada 48 horas, sólo se modificó la frecuencia una sola vez realizándola a las 24 horas por maceración de la piel perilesional cuando se cambió a férula de Stack. Se cambió a solución Yodada cuando el paciente presentó costra en la herida. Se orientó al paciente sobre la importancia de mantener la cura seca y la posición a mantener para evitar



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

el edema. Además, se dieron sugerencias para calmar la ansiedad que le producía la limitación física y el dolor. Tras las orientaciones requeridas al tipo de caso y considerando la particularidad del paciente que era sumamente ansioso, los resultados obtenidos fueron satisfactorios, dando el alta al paciente en menos de un mes tras el accidente laboral. Se concluyó que la intervención de enfermería en la realización de las curas, el criterio utilizado para la selección del material y las orientaciones pertinentes mediante la educación sanitaria realizada al paciente para evitar complicaciones fueron fundamentales para la recuperación e incorporación precoz del paciente a sus actividades de la vida diaria.



TRATAMIENTO CONSERVADOR EN PACIENTE CON LIPEDEMA

Autores: MARIA EUGENIA CARRILLO MOLINA, FRANCISCO JAVIER MATEU GARCIA, ROSA MARIA TRINIDAD MAXIMO, MARINA MARTINEZ SANCHEZ, JOSE MARIA SANCHEZ ABRIL

Hospital Comarcal del Noroeste

Paciente mujer 49 años, enfermera, con Enfermedad vascular de Miembros inferiores (MMII) por insuficiencia venosa crónica (IVC) y lipedema. La paciente acude a consulta de heridas para ser valorada por ansiedad (00146) a desarrollar úlceras y mejorar la calidad de vida en su actividad profesional y personal. Como ayuda para hacer la valoración de la paciente y la posterior toma de decisiones nos valemos del acrónimo DOMINATE, contando con un equipo multidisciplinar. Antecedentes personales: No AMC(intolerancia: tramadol), Obesidad, no hipertensión arterial (HTA), no diabetes mellitus(DM), no dislipemias(DLP). Tabaquismo (fumadora de 2-3 cigarrillos/ día). Parestesias y dolor en miembro superior izquierdo, codos, caderas y dolor e impotencia funcional en articulaciones trapecio metacarpianas tratada por traumatología y reumatología : infiltraciones de corticoides. Intervenciones quirúrgicas: Bypass gástrico en 2009, déficit de vitamina B12 y vitamina D secundario a cirugía bariátrica. Cirugía plástica por exceso de piel en ambos brazos, IVC, intervenida de safenectomía izquierda y derecha en 2015. Embarazo y cesárea urgente. Tras embarazo tromboflebitis superficial derecha y de nuevo safenectomía del resto que quedaba. Tromboflebitis superficial derecha infrapoplítea en 2019. Valoracion general: En exploracion fisica: múltiples arañas vasculares y telangiectasias. Elephantiasis. Zona de cordón venoso algo más duro sin lesiones, edemas distales bilaterales. Pies con arañas vasculares y uñas: apariencia normal. Pulsos periféricos presentes y piel caliente. No úlceras, eritema alrededor de tobillos y piel seca. Clasificación CEAP: C4c, Esi,As, Pr Puntuación de severidad clínica venosa:12 Pruebas complementarias: Análisis clínicos: déficit de vitamina B12 y D. ITB: Pendiente Eco doppler venoso: Sin signos de TVP. IVC y venas femorales comunes, femorales superficiales y poplítea permeables. Pendiente de lligadura y sello de las venas safenas. Medicación actual: Optovite, omeprazol, ameride,



Hidroferol, adiro, seguril(rescate) y paracetamol. DIAGNOSTICO: Posible lipedema estadio según gravedad 3. Autogestión ineficaz del edema linfático (00278). Objetivo: Todo el tratamiento se realiza con un abordaje integral teniendo en cuenta factores que pueden interferir en el proceso. El objetivo del tratamiento es una mejora en la calidad de vida de la paciente utilizando un tratamiento conservador, disminuyendo la discapacidad, evitando la progresión y previniendo la aparición de complicaciones y para ello las intervenciones irán destinadas a que la paciente conozca los posibles factores que pueden influir perjudicialmente en su patología y el uso de medidas compresivas como elemento fundamental. Intervenciones: Eliminar hábitos tóxicos (tabaquismo , excitantes) Disminución o estabilización del peso corporal por dificultar circulación sanguínea Evitar bipedestación y sedentarismo que favorecen el edema. Evitar estreñimiento, alimentos ricos en fibra. Valoración por nutricionista- endocrino para corregir déficits detectados. Evitar alimentos grasos, dieta hiposódica. Drenaje linfático manual si es posible. Caminar diariamente, pies elevados varias veces al día. Evitar ropa ajustada que dificulte la circulación, Evitar lesiones traumáticas, térmicas. Hidratación de la piel. Evolución del caso y conclusiones El tratamiento inicial se empieza en febrero de 2023 centrándonos en el abandono de hábitos perjudiciales con objetivos a corto plazo. Se contacta con Rehabilitación para prescribir la medida de compresión terapéutica que mejor se adapta a la paciente y económica. Se realiza búsqueda de medidas de compresión de calidad médica cumpliendo normativa RAL-GZC. Nos decantamos por pantalón pirata media bajo rodilla con puntera abierta de tricotado plano y CCL2. Con la descripción del caso se pone de manifiesto la complejidad terapéutica y el reto profesional que puede llegar a implicar el abordaje de un paciente con lipedema, ya que el diagnóstico es principalmente clínico y por exclusión de otras patologías. No hay consenso sobre su tratamiento pero se centra en intentar minimizar síntomas y prevenir la progresión de la enfermedad y discapacidad que puede generar.

Palabras clave: Lipedema, tratamiento, medidas compresión.



TRATAMIENTO DEL ANEURISMA AÓRTICO COMPLEJO: ACTUACIÓN DE ENFERMERIA EN LA ENDOPRÓTESIS FENESTRADA

Autores: María del Pilar Vidal Neira, María Piñeiro Fraga, Silvia Pazos Iglesias
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA

INTRODUCCIÓN

El aneurisma de aorta es una dilatación que afecta a todas las capas de la arteria, mayor o igual al 50% del diámetro aórtico natural.

El aneurisma aórtico complejo es aquel con características anatómicas desfavorables, como un segmento aórtico infrarrenal hostil con implicación de arterias viscerales, con lo cual se impide un correcto sellado del aneurisma y el anclaje de una endoprótesis estándar. Son los aneurismas yuxtarrenales o pararrenales.

Hoy en día las endoprótesis fenestradas y con ramas se presentan como una opción efectiva y segura para esta patología mediante un abordaje mínimamente invasivo, destacando la rápida recuperación funcional y de calidad de vida del paciente.

En estos dispositivos el cuerpo principal de la endoprótesis contiene fenestraciones o ramas dispuestas con precisión para coincidir con los ostium de las arterias renales y digestivas permitiendo así el flujo arterial a través de la endoprótesis.

Este procedimiento requiere una importante planificación, estudio y mediciones para su fabricación, hecha a medida para cada paciente y puede tardar entre seis y ocho semanas.

OBJETIVOS:

Describir la actuación de enfermería en la cirugía de endoprótesis fenestrada.

Elaborar un protocolo de actuación para el personal de enfermería de la unidad quirúrgica para garantizar la seguridad y calidad de los cuidados intraoperatorios.

METODOLOGÍA

Valoración y análisis de la práctica asistencial en nuestra unidad quirúrgica, y revisión bibliográfica de bases de datos (Medline, Cuiden, Pubmed)

RESULTADOS

Descripción del procedimiento y posibles complicaciones.

- Principales diagnósticos detectados:

Riesgo de infección
Riesgo de sangrado
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos,
Riesgo de shock hipovolémico
Deterioro de la integridad cutánea
Deterioro de la eliminación urinaria

Riesgo de disfunción neurovascular periférica.
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal
Dolor agudo
Temor

- Principales intervenciones de enfermería

Preparación anticipada del quirófano en el que dispondremos de todo el aparataje y medidas de protección necesarias, instrumental y material quirúrgico y control de su esterilidad.

Recepción y acogida del paciente
Comprobación de historia clínica, alergias, ayunas
Preservar la intimidad del paciente
Disminución de la ansiedad
Monitorización de signos vitales
Protección contra infecciones: higiene y rasurado, limpieza y desinfección de la piel, manipulación aséptica de accesos vasculares, verificación de profilaxis antibiótica, mantenimiento de la esterilidad del instrumental, vestimenta y circulación.
Manejo de líquidos y terapia intravenosa
Regulación de la temperatura intraoperatoria
Sondaje vesical y control de diuresis
Vigilancia del sangrado y su repercusión hemodinámica.
Contaje del material fungible e instrumental
Registro de enfermería

- Colaboración en la instrumentación

Punción ecoguiada de ambas arterias femorales con técnica Seldinger
Preparación de guías hidrofílicas y de alto soporte para la cateterización de la aorta y sus ramas
Preparación de introductores desde 6 french hasta 18 o 20 french.
Para ir dilatando el punto de inserción.
Avance de catéter centimetrado para arteriografías de comprobación, posicionamiento y marcaje de arterias viscerales e hipogástricas,
Purgado y preparación de la endoprótesis.
Purgado y preparación de introductor contralateral con válvula para canalización de arterias viscerales.
Intercambio de guías e introductores de calibre y longitud seleccionado para colocación de los stens en cada rama.

Despliegue y fijación de cada sten a la fenestración con balones cortos de angioplastia para maximizar el sellado y minimizar la ocupación de la luz aortica.

CONCLUSIONES

El conocimiento de la técnica quirúrgica, así como su material y uso nos permite identificar las necesidades, planificar y establecer las intervenciones de enfermería.

La implantación de un protocolo de actuación nos proporciona una sistemática de trabajo que permite reducir el tiempo quirúrgico mejorando la eficiencia y calidad de los cuidados intraoperatorios.



© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

NUESTRA EXPERIENCIA CON APOSITO DE FIBRAS POLIABSORBENTES IMPREGNADAS CON TLC-NOSF

Autores: Raquel Palacios Salguero, Carolina Doblas Carvajal, M^a Carmen Rodriguez Peral, Guadalupe Chamizo Salcedo
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

RESUMEN:

Introducción: Paciente mujer de 95 años que no deambula , con demencia , cardiopatía aórtica degenerativa con estenosis , leve fibrilación auricular en tratamiento con Apixaban y estrategia de control de la FC con Bisoprolol , arteriopatía periférica crónica grado IIB (occlusión popliteo-distal) con lesiones en partes acras de pies. Presenta lesión traumática en zona anterotibial MID producida por contusión y cizalla, produciéndole un desgarro tipo II (dermis y epidermis) según Sistema de clasificación de los desgarros cutáneos del ISTAP.

Objetivos: Conseguir una aceleración en la curación de la lesión y así prevenir futuras complicaciones tales como infección y sangrado. Con la utilización de éste apósito queríamos controlar el exceso de metaloproteasas y contribuir a la angiogénesis y aceleramiento en el proceso de curación.

Metodología: En primer lugar se procede a la valoración del desgarro, decidiendo retirar el colgajo por no encontrarlo viable y encontrarse la zona con hematoma, se desbrida con hoja de bicturí y se detiene el sangrado. Para las curas hemos realizado en primer lugar lavado con solución salina, posteriormente hemos dejado actuar hidrogel acto para lavado, descontaminación e hidratación de la herida que posteriormente ha sido retirado con lavado de solución salina antes de usar el apósito de primera elección. El apósito que hemos decidido usar ha sido el de matriz de hidrocoloide con componentes lipídicos y tecnología TLC'-NOSF (Factor Nano Oligosacáridos) y fibras poliabsorbentes. La frecuencia de las curas se realizaron los primeros 15 días c/24 horas, posteriormente pasamos a C/48 horas y a partir del mes pasamos a c/72 horas hasta su cierre.

Resultados: En mes y medio hemos conseguido tener la úlcera completamente epitelizada y en ningún momento ha presentados signos de infección ni estancamiento en su evolución.

Conclusión: El uso de este apósito, nos ha permitido controlar el exceso de metaloproteasas, las cuales están suelen estar muy aumentadas en pacientes de avanzada edad y sus fibras poliabsorbentes nos han permitido una limpieza continua de la lesión y retener el exudado. También cabe destacar que es de vital importancia la implicación de la familia en los cuidados y seguimiento de las curas, y la coordinación con los compañeros de atención primaria para trabajar al unísono.

Palabras clave: úlcera, desbridamiento, colgajo, desgarro y metaloproteasas.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

CURA CON APÓSITO DE PELÍCULA DE POLIURETANO TRANSPARENTE CON ALMOHADILLA DE HIDROPOLIURETANOS EN PACIENTES SOMETIDOS A UNA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN DE EXTREMIDADES INFERIORES

Autores: Estefania Serrano Lora, Patricia Navarro Borràs, Raquel Agruña Alvarez, Enrique Fernandez Sanchez, Ana Elena Ruiz Alcaraz, Rosa Martínez Montesinos

Vall d' Hebron

Actualmente en el mercado encontramos una gran variedad de apó�itos que han mejorado en cuanto a disponibilidad, variedad de sus propiedades y aplicaciones. Pero hasta a día de hoy, continuamos realizando la cura de las heridas postquirúrgicas (en muchos casos) con apóśitos autoadhesivos con compresa central. Este tipo de apóśitos requiere de un cambio diario y esto supone que, entre otras cosas, se produzca un deterioro de la epidermis con el consiguiente riesgo de aparición de deterioro en la piel perilesional. Esta cura diaria conlleva una mayor manipulación de la herida quirúrgica y como consecuencia, un aumento del riesgo de infección de la herida. Por todos estos motivos, se ha decidido realizar un estudio cualitativo para poder ofrecer una cura alternativa a la convencional, la cual ayude a gestionar las flaquesas que existen. Hemos decidido utilizar un apóśito de película de poliuretano transparente con almohadilla de hidropoliuretano ya que permite espaciar las curas hasta 7 días, lograríamos mantener la piel perilesional íntegra y es transparente haciendo que sea mas cómodo monitorizar constantemente la herida. Debido a esto se reduce la manipulación y por lo tanto el riesgo de infección será menor. Debido a todos estos beneficios que aporta el apóśito de poliuretano transparente con almohadilla de hidropoliuretano respecto a la cura convencional, hemos creído conveniente realizar este estudio, haciendo el seguimiento de pacientes ingresados en nuestra unidad intervenidos de una revascularización periférica. Hemos decidido centrarnos en este tipo de intervención debido a que en muchos de estos casos se realizan heridas quirúrgicas en zonas muy próximas a la ingle y como la evidencia científica muestra, estas heridas tienen más riesgo de infección respecto a muchas otras. Como contra, encontramos que los apóśitos de poliuretano transparente con almohadilla de hidropoliuretano son algo más caros que los apóśitos utilizados para la cura convencional y esto podría suponer una traba en muchos centros de salud para su utilización. También hemos creído conveniente mostrar el grado de satisfacción de los pacientes seleccionados para el estudio sobre el apóśito y saber si este les ha impedido realizar alguna actividad básica de la vida diaria. Para todo ello, hemos creado un cuestionario con ítems a responder por parte del paciente y otros por parte del profesional, para evaluar si todos estos beneficios hipotéticos son realmente beneficios palpables y los resultados son satisfactorios.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

PROYECTO PILOTO DE UNA CONSULTORÍA DE HERIDAS COMPLEJAS EN LA REGIÓN SANITARIA DE GIRONA

Autores: Paradell-Blanc, Núria¹, Puig-Gonzalez, Cristina¹, Garcia-Iñiguez, Anna¹
Lozano-Martí, Núria^{1,2}, Banacloy-Banacloy, Yolanda¹, Homs-Romero, Èrica^{1,2}

1. Grup Motor Ferides Cròniques Girona. DAP Girona. Institut Català de la Salut&Institut d'Assitència Sanitaria

2. Universitat de Girona. Girona.

INTRODUCCIÓN

“Una enfermera practicante/enfermera de práctica avanzada es una enfermera registrada que ha adquirido la base de conocimientos de expertos, las complejas habilidades de toma de decisiones y las competencias clínicas para una práctica ampliada, cuyas características están moldeadas por el contexto o el país en el que está acreditada para ejercer. Se recomienda una maestría para el nivel de entrada” (CIE, 2008)³. Esta figura aparece en Cataluña en el año 2009 como la enfermera de práctica avanzada sobre la metodología de la gestión de casos complejos: como eje vertebrador de la continuidad asistencial de la persona que presenta una situación de complejidad clínica y social. Pero no es hasta el 2015 cuando la figura de la Enfermera de Práctica Avanzada en Cuidado de Personas con Heridas Crónicas Complejas aparece en el 2015 en Andalucía.

OBJETIVOS

- Mejorar la calidad de la atención a las personas con heridas complejas en los equipos de atención primaria de la Región sanitaria de Girona
- Establecer un modelo metodológico unificado de actuación y ofrecer un asesoramiento.

METODOLOGÍA

Consiste en la creación de una consultoría para la coordinación y asesoramiento experto en la atención al paciente con heridas que nace de la necesidad de coordinar y unificar criterios. La consultora tiene asignado un día a la semana para tres-cuatro centros de atención primaria en la región sanitaria de Girona. Previamente a la visita de la consultora, a través de la referente de curas del centro se tendrá que revisar el caso y seleccionar los casos para que las consultoras los valoren. Se tendrá que usar el registro ARES- AP, el programa de armonización de estándares de las curas de Atención Primaria.

Una vez revisado se establecerá el diagnóstico y las recomendaciones pertinentes de manejo y seguimiento de la lesión, detallando el plan terapéutico a seguir. La consultoría se inicia con una formación para las enfermeras de la región de la Región Sanitaria de Girona en Febrero de 2023 en formato Jornada de un día con materia teórica junto con talleres prácticos.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

RESULTADOS

A la espera de su implementación, todavía no se han obtenido resultados, pero se espera: la mejora de conocimiento de las enfermeras para la cicatrización de las personas con heridas en su consulta y, por otro lado, reducir el tiempo de cicatrización de las heridas de difícil cicatrización, la eficiencia en las curas y mejorar la calidad de vida de las personas atendidas. Para medir estas variables se han analizado las variables disponibles y se espera evaluar los resultados a los 6 meses y posteriormente de manera anual.

CONCLUSIONES

Existen experiencias previas en otros territorios que la implementación de la figura de un consultor puede mejorar la eficacia, el coste – efectividad, mejorar la calidad asistencial y aumentar el grado de satisfacción del paciente y su familia. Se espera obtener resultados similares teniendo como propuestas de futuro implementar el consultor a tiempo completo y llegar a ser enfermeras de práctica avanzada.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

LA APLICACIÓN DE VICKS VAPORUB EN UÑAS CON ONICOMICOSIS EN PACIENTES CON PIE DIABÉTICO

Autores: Lucía Fernández Ramos ,Cristina González Corral , Juan Fco Gamonal Segura

C. S. Las Lagunas , C. S. Algatocin , C. S. Torrequebrada

SAS

Paciente varón de 87 años con úlcera neuroisquémica en pie izquierdo que presenta onicomicosis con indicación de aplicar Vicks Vaporub en uñas para tratamiento. Los diabéticos tienen casi tres veces más probabilidades de desarrollar la enfermedad ,un 34%, siendo un factor de riesgo para desarrollar complicaciones (1).

Evaluando la evidencia científica disponible del tratamiento de onicomicosis en diabéticos con Vicks Vaporub.

Proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia para el tratamiento de la onicomicosis.

Se realizaron búsquedas en las bases de datos de Pubmed y Medline publicados en los últimos 10 años en inglés y español.

Palabras claves onychomycosis, diabetes complications y vicks vaporub

Resultados: El tratamiento para la onicomicosis se logra con administración oral presentando tasas de curación del 48 a 76% y/o tópica con ciclopirox con tasa del 34% (2). Vicks Vaporub es un

antitusígeno tópico con evidencia anecdótica para el tratamiento de la onicomicosis (3).

Los ingredientes como mentol, alcanfor y aceite de eucalipto han demostrado eficacia contra los dermatofitos y candida especies *in vitro*.

El 85% de las onicomicosis son incapaces de responder al tratamiento tópico (4). La elección óptima de tratamiento se encuentra entre la terbinafina y el itraconazol (tabla). Los resultados más concluyentes resultan del tratamiento combinado sistémico y tópico de antifúngicos. Las alternativas más innovadoras son la utilización de microabrasiones y la utilización del láser.

Conclusiones: Las terapias complementarias y alternativas deben seguir como terapia adyuvante ya que no existe evidencia científica que respalde su uso como tratamiento único. Los estudios existentes son limitados en número y de mala calidad metodológica.

Se están investigando nuevas formulaciones tópicas de terbinafina, butenafina, bifonazol, ácido salicílico, pomada mentolada de venta libre, aceite de girasol ozonizados y undecenoatos pero los datos son limitados para su uso como monoterapia.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

PNT: USO DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN PACIENTES CON HERIDAS DE ORIGEN VASCULAR.

Autores: Laura Linares Marquez, Sofia Mercado Carmona

Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Introducción

La terapia de presión negativa (TPN) es una terapia que favorece la cicatrización de heridas, fomenta la regeneración del tejido de granulación, mejora la perfusión y elimina el exudado, mediante el ajuste de una espuma de poliuretano reticulado a la herida. Las celdas de la espuma permiten que la distribución de la presión sea homogénea en la herida y recoger el exceso de humedad. No existía en nuestro hospital ningún protocolo para el uso de esta terapia.

Objetivos

- Implantar un PNT para proporcionar una manera única según la cual deberá realizarse la TPN en nuestro hospital.
- Facilitar el trabajo al personal tanto facultativo como enfermería.
- Proporcionar uniformidad en la realización de las curas y el manejo de los dispositivos.
- Ayudar a la formación del nuevo personal.

Metodología

Se realizó búsqueda bibliográfica de estudios de evidencia científica sobre la TPN.

Se realizó lectura crítica de estos artículos y se discutió para elaborar los resultados.

Se elaboró durante los meses de Enero a Mayo del año 2021. Se aprobó a principios de Enero del año 2022.

Desarrollo de la TPN

- Comprobar la idoneidad de la Terapia: heridas abiertas sin esfacelos ni placas necróticas, extensas en profundidad. Heridas con fondo dudoso siempre que presente una perfusión adecuada y no existan signos de infección sistémica y revisión en 24-48 horas.
- Elegir el tipo de terapia: Continua o intermitente.
- Ajustar la Presión.
- Ajustar la Intensidad.
- Proteger la piel perilesional
- Elegir el tipo de Espuma: negra, plata, blanca o con instilación.
- Elegir el tipo de contenedor: 350 ml o 500 ml-.
- Colocación del apósito y comprobación del sellado.
- Duración de la Terapia: varía en función del tamaño de la herida y de la evolución de la misma.
- Revisión de la Herida: Valorar el dolor 30 minutos de comenzar la cura. Para facilitar la retirada del apósito, se recomienda desconectar la terapia y humedecer la espuma mediante inyección de suero fisiológico.



Registro

Todas las actividades se registrarán en el sistema informático Diraya, para su correcto seguimiento y asegurar la continuidad de cuidados.

Precauciones, situaciones especiales y recomendaciones

La terapia TPN, debe mantenerse sobre heridas limpias un mínimo de 2 días y un máximo de 7.

La terapia nunca debe permanecer interrumpida por un máximo de 2 horas. Si se interrumpiera durante más tiempo, debe retirarse el apósito TPN y realizar una cura plana.

Los indicadores de mala evolución son:

- Empeoramiento de la herida
- Mal olor
- Piel perilesional macerada

Los indicadores de buena evolución:

- Disminución del volumen de exudado
- Color rojizo del lecho
- Reducción de las dimensiones de la herida
- Dismuncion del dolor



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

PNT: Uso de terapia de presión negativa en pacientes con heridas de origen vascular.

Introducción

Autores: Laura Linares Marquez, Sofia Mercado Carmona

Hospital Universitario Virgen de la Victoria

La terapia de presión negativa (TPN) es una terapia que favorece la cicatrización de heridas, fomenta la regeneración del tejido de granulación, mejora la perfusión y elimina el exudado, mediante el ajuste de una espuma de poliuretano reticulado a la herida. Las celdas de la espuma permiten que la distribución de la presión sea homogénea en la herida y recoger el exceso de humedad. No existía en nuestro hospital ningún protocolo para el uso de esta terapia.

Objetivos

- Implantar un PNT para proporcionar una manera única según la cual deberá realizarse la TPN en nuestro hospital.
- Facilitar el trabajo al personal tanto facultativo como enfermería.
- Proporcionar uniformidad en la realización de las curas y el manejo de los dispositivos.
- Ayudar a la formación del nuevo personal.

Metodología

Se realizó búsqueda bibliográfica de estudios de evidencia científica sobre la TPN.

Se realizó lectura crítica de estos artículos y se discutió para elaborar los resultados.

Se elaboró durante los meses de Enero a Mayo del año 2021. Se aprobó a principios de Enero del año 2022.

Desarrollo de la TPN

- Comprobar la idoneidad de la Terapia: heridas abiertas sin esfacerlos ni placas necróticas, extensas en profundidad. Heridas con fondo dudoso siempre que presente una perfusión adecuada y no existan signos de infección sistémica y revisión en 24-48 horas.
- Elegir el tipo de terapia: Continua o intermitente.
- Ajustar la Presión.
- Ajustar la Intensidad.
- Proteger la piel perilesional



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

- Elegir el tipo de Espuma: negra, plata, blanca o con instilación.
- Elegir el tipo de contenedor: 350 ml o 500 ml-.
- Colocación del apósito y comprobación del sellado.
- Duración de la Terapia: varía en función del tamaño de la herida y de la evolución de la misma.
- Revisión de la Herida: Valorar el dolor 30 minutos de comenzar la cura. Para facilitar la retirada del apósito, se recomienda desconectar la terapia y humedecer la espuma mediante inyección de suero fisiológico.

Registro

Todas las actividades se registrarán en el sistema informático Diraya, para su correcto seguimiento y asegurar la continuidad de cuidados.

Precauciones, situaciones especiales y recomendaciones

La terapia TPN, debe mantenerse sobre heridas limpias un mínimo de 2 días y un máximo de 7.

La terapia nunca debe permanecer interrumpida por un máximo de 2 horas. Si se interrumpiera durante más tiempo, debe retirarse el apósito TPN y realizar una cura plana.

Los indicadores de mala evolución son:

- Empeoramiento de la herida
- Mal olor
- Piel perilesional macerada

Los indicadores de buena evolución:

- Disminución del volumen de exudado
- Color rojizo del lecho
- Reducción de las dimensiones de la herida
- Dismuncion del dolor



TÍTULO: ADIÓS AL CREPÉ

Autores: PATRICIA RUBIO SARABIA, ANDREA ALCALÁ PANCORBO, MARGAITA RUIZ CEPE, CARLOS COBO HURTADO
DISTRITO SANITARIO MÁLAGA-GUADALHORCE

RESÚMEN: AHM, mujer de 76 años, obesa, anticoagulada con Acenocumarol y DMNID. Vive con su marido y es independiente para las ABVD (Barthel: 90 y Lawton & Brody: 8), sin deterioro cognitivo (Pfeiffer: 0) e incontinencia leve (Test incontinencia y Sandvick: 2). Maneja sus patologías sin problemas, apoyada por sus hijas.

Acudió a Consulta de Enfermería (CE) para retirada de sutura tras traumatismo en MIIzdo, apreciándose placa necrótica en meseta tibial de ese mismo MI. Tras evolución tórpida durante

aproximadamente 2 meses llegó a mi consulta.

Para valoración de la herida y general se realiza Resvech (16) y HEIDI. Se aprecia lesión con lecho

esfacelado y biofilm, realizamos desbridamiento e implementamos Terapia compresiva (TC), junto

con apósito modulador de metaloproteasas. En 42 días la herida epitelizó completamente. Nuestra conclusión es que la TC no solo está indicada en Patología vascular y que un inicio precoz

en contexto inflamatorio es determinante, así como la atención personalizada de los pacientes con

heridas y el seguimiento con escalas validadas.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

USO DE CO2 EN PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES

GEMA CABEZON LOZA, LIDON LLOPART PEREZ, TERESA GOMIS MANGRIÑAN

HGCS

INTRODUCCIÓN: El CO2 como método de contraste arterial se empezó a utilizar en 1982 y el primer sistema de inyección automática se creó en 1996. Desde entonces su evolución sigue una trayectoria ascendente en ventajas y seguridad para el paciente. Tras la implantación de métodos alternativos y complementarios de contraste en los procedimientos endovasculares bien para tratamiento o para diagnóstico , y la introducción en nuestro hospital (HGUCS) del CO2 como dicho método, vemos necesario realizar una revisión bibliográfica de su uso en estos procedimientos.

OBJETIVOS: Describir las propiedades y características del uso del CO2 en procedimientos endovasculares en el tratamiento de patología vascular así como sus ventajas e inconvenientes en el quirófano de cirugía vascular del HGUCS.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos :Cochrane, PubMed, Scielo, Cuiden, UpToDate. Los descriptores : CO2, endovascular, contraste, arteriografía. Criterios de selección: artículos publicados en inglés y castellano sin acotamiento de fecha de publicación. **RESULTADOS:** Tras la búsqueda encontramos 12.500 artículos en relación a las ventajas del uso del CO2 para arteriografías y 4.340 artículos para la comparativa entre contraste iodado y CO2 en procedimientos endovasculares. Se seleccionan los artículos citados en la bibliografía, por ser los más acordes con los objetivos del trabajo a realizar. El CO2 no produce reacciones alérgicas , ni produce toxicidad renal ni hepática. No hay límite de dosis ni se evidencian contraindicaciones absolutas. Cuando se usa en extremidades no necesita ningún tipo de preparación del paciente y una dieta especial para uso en abdomen para reducir artefactos. El único requisito es la monitorización simple con toma de tensión arterial y capnografía. Por otra parte, la calidad de las imágenes radiológicas que se obtienen es ligeramente inferior si la comparamos con la de las imágenes obtenidas con contraste iodado. Además , hay que esperar un tiempo



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

entre inyecciones para su correcta eliminación por vía respiratoria. Su uso no es apto en tórax, cuello ni cabeza. También se necesita adaptar los equipos con un software especial y el paciente puede estar expuesto a una mayor radiación por no haber límite de dosis. También el paciente puede sufrir algunos efectos adversos gastrointestinales, coronarios y cerebrovasculares en porcentajes no valorables. No se han descrito casos por envenenamiento por CO₂. No se recomienda la sedación profunda del paciente para su vigilancia por el riesgo de posibles náuseas, vómitos y depresión respiratoria.

CONCLUSIONES: El uso del CO₂ como método de contraste en procedimientos endovasculares pretende ser la primera opción de uso como medio de contraste basándose en los beneficios que aporta al bienestar del paciente. Se evidencian las ventajas e inconvenientes del uso del CO₂ en estos procedimientos, de cara a la mejor calidad asistencial y la seguridad del paciente y profesionales, no como método excluyente sino complementario a otros métodos de contraste.



EVITAR LA AMPUTACIÓN EN EL PIE DIABÉTICO: ABORDAJE INTERDISCIPLINAR A PROPÓSITO DE UN CASO.

CARLOS CASAS MENDEZ, VERONICA DOMINGUEZ PIRIZ, ISABEL CAMPOS SÁNCHEZ, CARMEN MORENO GALLEGOS, MARÍA LÓPEZ ACEDO, LORENA PRIETO GUTIÉRREZ

Hospital Universitario Badajoz

Resumen: Varón de 55 años que tras cinco días con dolor en úlcera de pie diabético acude al servicio de urgencias de su hospital de referencia. El paciente presenta herida de amputación transmetatarsiana (ATM) de 1º dedo dehiscente y profunda. Abundante salida de material purulento procedente de tejido circundante. Intensa celulitis perilesional que se extiende hasta tercio medio de región plantar e inicio de dorso del pie. Artropatía de Charcot con hiperqueratosis plantar sobre la cabeza del primer metatarso. Se aplica el concepto “TIMERS” (1) como herramienta de abordaje de la lesión. Se realiza apertura de hiperqueratosis plantar que comunica con dehiscencia e incisión en piel en base del primer metatarso hasta trayecto comunicante colocando drenaje Penrose en trayecto de cara interna. Dadas las características de la lesión, se determina el tipo de microorganismo mediante cultivo a través de hisopo. Streptococcus agalactiae (grupo B) sensible a penicilina. Por tal motivo, se establece piperacilina – tazobactam cada ocho horas como pauta terapéutica. A fin de absorber el exudado y el tejido muerto del lecho de la herida se aplica apósito de cadexómero de yodo. Dado el abundante exudado de la herida, se realizan cambios diarios del mismo. Para estimular los bordes epiteliales, se emplea producto de barrera con el propósito de mantener la piel perilesional sana evitando así la maceración. Conjuntamente, se considera el entorno social del sujeto en estudio y su relación con la cura de la lesión. La ansiedad anticipatoria limita al paciente, por lo que, mientras tiene lugar la cura de la herida se clarifican ciertos aspectos tales como la movilidad, la adherencia al tratamiento y el control de los factores de riesgo cardiovascular. Tras drenaje de colección purulenta, lecho de ATM granulando sin signos de infección, por ende, desescalada antibiótica e inicio del abordaje de la lesión con apósitos de colágeno junto a



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

un apósito absorbente de captación bacteriana impregnado con cloruro dialquilcarbamolio durante nueve días. La cura local tiene consigo una excelente evolución clínica en el sujeto de estudio con desaparecimiento de signos de infección e importante granulación en el lecho de la lesión reduciéndose el tamaño de la misma. Se evalúa caso con el servicio de traumatología desestimándose amputación. La tasa actual de amputaciones es significativa, la OMS estima que más del 60% de las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores ocurren en personas con dicha patología (2,3). Si se reduce el riesgo de desarrollar una úlcera en el pie con un tratamiento de carácter preventivo por parte del equipo interdisciplinar, se disminuirá las tasas de amputaciones de la extremidad inferior relacionadas con el pie diabético.



TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DE ÚLCERA VASCULAR EN PACIENTE DE EDAD AVANZADA

PABLO ROMERO MÁRQUEZ

Centro Salud Alhaurín el Grande / UDM AFYC Distrito Málaga-Guadalhorce

Paciente pluripatológica de 88 años de edad. Sufre de obesidad, alteración en la deambulación y se actualizó el diagnóstico de Insuficiencia Venosa en su historia clínica en el año 2015. Estaba inicialmente en tratamiento con Hidroclortiazida 50mg/ Amilorida clorhidrato 5mg y Paracetamol 1gr. En diciembre de 2022 paciente demanda valoración por enfermería de úlcera en MID (ya cicatrizada previamente en octubre) lateralizada hacia la derecha en la zona tibial anterior y en zona gaiter, supramaleolar externa de MID, de menos de 1 cm de diámetro. Se decide abogar por un tratamiento basado en aporte de humedad con hidrogel y apósito UrgoStart plus. La paciente está además usando medias de compresión recetadas por su MAP, que extrae de la farmacia (no tiene certificación adecuada, el efecto no será por tanto el deseado) Tras meses de curas bi- semanales y sin evolución notable se decide derivar a Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) de heridas de distrito Valle del Guadalhorce en Marzo de 2023. En ese momento se describe la úlcera como de etiología venosa, estadio 3, no fistulizada, con piel perilesional edematizada y muy pruriginosa, escala Resvech 2.0=15, cultivo positivo en pseudomonas y dolor continuo monitorizado con la escala EVA de 6. Tras valoración por el EPA, éste recomienda medición de ITB. El ITB se calcula como PAS tobillo/ PAS brazo, para realizar la técnica usamos un doppler portátil. El resultado del ITB fue de 1,05 (lo que indica que la paciente no sufre de arteriopatía). Se realiza por parte de su MAP una derivación de la paciente a Cirugía para poder ser derivada a vascular y además ésta prescribe Diosmina 450mg/ Hesperidina 50mg. En abril acude el EPA a consulta de enfermería de familia. Valora ambos miembros inferiores; en MII se aprecia edema con fóvea de < 1cm en MII con media compresiva de farmacia. Tras valorar el resultado del ITB se confirma la adecuación del inicio de la Terapia Compresiva en MID. Comenzamos con Kit de baja elasticidad y 20 mmHg. A su vez,



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

colocamos vendas de corta tracción en MII, eligiéndose Comprilan (8cmx5m) y Comprilan (10cmx5m) con tensión normal y solapamiento al 50% de la vuelta anterior en circular. Este vendaje se colocará en MII sin lesiones con el fin de disminuir edema y alcanzar diámetros estables para comenzar con medias de grado médico de mantenimiento. Además, se aconseja a la paciente caminar con la terapia compresiva puesta. Actualmente se realizan curas bisemanales. Se limpia úlcera don SSF, y se aplica Urgostart. Ambas piernas se hidratan y se aplican ambas TC respectivas. Se aprecia disminución de Edema en MII y mejoría de úlcera en MSD. La paciente refiere menos dolor.



Título: Evitar la amputación en el pie diabético: abordaje interdisciplinar a propósito de un caso.

Autores: Carlos Casas Méndez, Veronica Dominguez Piriz, Isabel Campos Sánchez, Carmen Moreno Gallego, María López Acedo, Lorena Prieto Gutiérrez,
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

Resumen: Varón de 55 años que tras cinco días con dolor en úlcera de pie diabético acude al servicio de urgencias de su hospital de referencia. El paciente presenta herida de amputación transmetatarsiana (ATM) de 1º dedo dehiscente y profunda. Abundante salida de material purulento procedente de tejido circundante. Intensa celulitis perilesional que se extiende hasta tercio medio de región plantar e inicio de dorso del pie. Artropatía de Charcot con hiperqueratosis plantar sobre la cabeza del primer metatarso.

Se aplica el concepto "TIMERS" (1) como herramienta de abordaje de la lesión. Se realiza apertura de hiperqueratosis plantar que comunica con dehiscencia e incisión en piel en base del primer metatarso hasta trayecto comunicante colocando drenaje Penrose en trayecto de cara interna. Dadas las características de la lesión, se determina el tipo de microorganismo mediante cultivo a través de hisopo. Streptococcus agalactiae (grupo B) sensible a penicilina. Por tal motivo, se establece piperacilina – tazobactam cada ocho horas como pauta terapéutica. A fin de absorber el exudado y el tejido muerto del lecho de la herida se aplica apósito de cadexómero de yodo. Dado el abundante exudado de la herida, se realizan cambios diarios del mismo. Para estimular los bordes epiteliales, se emplea producto de barrera con el propósito de mantener la piel perilesional sana evitando así la maceración. Conjuntamente, se considera el entorno social del sujeto en estudio y su relación con la cura de la lesión. La ansiedad anticipatoria limita al paciente, por lo que, mientras tiene lugar la cura de la herida se clarifican ciertos aspectos tales como la movilidad, la adherencia al tratamiento y el control de los factores de riesgo cardiovascular. Tras drenaje de colección purulenta, lecho de ATM granulando sin signos de infección, por ende, desescalada antibiótica e inicio del abordaje de la lesión con apósitos de colágeno junto a un apósito absorbente de captación bacteriana impregnado con cloruro dialquilcarbamolio durante nueve días.

La cura local tiene consigo una excelente evolución clínica en el sujeto de estudio con desaparecimiento de signos de infección e importante granulación en el lecho de la lesión reduciéndose el tamaño de la misma. Se evalúa caso con el servicio de traumatología desestimándose amputación.

La tasa actual de amputaciones es significativa, la OMS estima que más del 60% de las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores ocurren en personas con dicha patología (2,3). Si se reduce el riesgo de desarrollar una úlcera en el pie con un tratamiento de carácter preventivo por parte del equipo interdisciplinar, se disminuirá las tasas de amputaciones de la extremidad inferior relacionadas con el pie diabético.



NO SIN MIS PIES: IMPORTANCIA DE IDENTIFICACIÓN, DIAGNÓSTICO, DERIVACIÓN Y TRATAMIENTO ADECUADO DEL PIE DIABÉTICO

MARÍA JOSÉ DÍEZ REQUENA, MERCEDES MUÑOZ CONDE

SAS

1.- PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre de 73 años que acude a consulta de enfermería por herida en 2º dedo de pie izquierdo, secundaria a fricción entre el primer y segundo dedo al realizar senderismo, por signos de infección, empeoramiento y dolor.

2.-VALORACIÓN GENERAL:

Antecedentes no alergias medicamentosas conocidas, hipertensión arterial, leucemia linfática crónica, diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada en 2014, con control de hemoglobina glicosilada adecuado. Última glicada de 7.3%. En tratamiento con vidagliptina 50mg/metformina 1g c/12horas, empagliflozina 10 mg 1c/24horas, clopidogrel 75mg, enalapril 10mg, allopurinol 300mg, acetilsalicílico acido 100mg, pentoxifilina 400mg c/12horas, simvastatina 20 mg, hierro y omeprazol 20mg. Últimas glucemias en rango. No hábitos tóxicos. Realiza ejercicio con regularidad. Horario estable de comidas. Independiente para ABVD.

Exploración neurológica patológica: pérdida de sensibilidad a presión, vibratoria y térmica.

Pulsos distales ausentes. ITB no comprimible

Claudicación intermitente desde hace 6 meses (diciembre 2021). Grado III y IV de Fontaine

Deformidades dedo pie izquierdo. Hallux valgus. Pie cavo.

No acude a podólogo, si utiliza calzado adecuado.

Valoración de la lesión:

Pie diabético, con herida en 2º dedo de pie izquierdo, de etiología isquémica.

Según Clasificación TEXAS categoría IIC, según clasificación IDSA, infección leve con ligero edema y eritema a menos de 2 cm del lecho.

Probe to bonne (-), exudado escaso, lecho pálido.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

Dolor entre curas 8/10, en cura 8/10.

Puntuación de Escala de evolución de heridas RESVECH 2.0=13

Intervención y actividades:

5240 Asesoramiento

3480 Monitorización de las extremidades inferiores

5603 Enseñanza cuidado de los pies

4062 Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial

36660 Cuidados de las heridas

8100 Derivación: cirugía vascular urgente a través de su médico de cabecera

3.- EVOLUCIÓN

- Valoración por cirugía vascular a la semana, ecodoppler en miembro inferior izquierdo ondas bifásicas en poplítea y distales muy calcificadas. Pulso femoral bilaterales y poplíteo derecho presentes. Resto ausentes.
- Tras 2 semanas con tratamiento antibiótico y curas adecuadas según proceso de cicatrización. Herida cicatrizada. Reducción de Resvech a 0. Se recomienda:
 - Separador de silicona a medida
 - Visita a podólogo para estudio de biomecánica del pie y descarga definitiva según deformidades.
- Resultados angiotac al mes: oclusión de iliaca común y obstrucción de inicio de FS con nueva oclusión corta en hunter.
- Se planifica intervención a los 5 meses para realizar: revascularización de miembros inferiores mediante procedimiento híbrido precisando: tromboendarterectomia+plastia con parche de dacron de tripode+ATP+Stent biomimetico tipo supera en arteria poplitea (P1) izquierda+ Stent recubierto tipo Begrift en arteria iliaca común izquierda, con buen resultado angiográfico y objetivándose adecuada permeabilidad de sector iliacofemoropopliteo y salida por ATA y TTP, recuperando pulso popliteo.



4.- CONCLUSIONES

El pie diabético se considera un problema de salud a escala mundial. Los síntomas o signos de enfermedad arterial periférica (EAP) pueden observarse hasta en el 50% de los pacientes con úlcera de pie diabético y es un factor de riesgo de mala cicatrización y amputación. La enfermedad arterial periférica (EAP) y la infección representan las principales causas de amputación en la diabetes mellitus. La derivación temprana a cirugía vascular y los criterios apropiados de selección de pacientes podrían aumentar la recuperación de la extremidad. La revascularización para pacientes con úlcera de pie diabético es segura y tiene un impacto significativo en la recuperación de la extremidad y la cicatrización de heridas.



AVANZANDO EN LAS CURAS, CUMPIENDO OBJETIVOS

Joana Gonzalez Perez, Marta Esteve Segarra, Teresa Domenech Moreno, Gemma Esteve Segarra, Montserrat Segarra Lorente
Hospital Universitario Juan XXIII

Introducción

Cada día nos encontramos heridas complejas, con gran afectación en diferentes planos, La importancia de diagnosticar la etiología, la causa, saber tratar las complicaciones, como la infección, la hipergranulación, biofilm, tendón, hueso expuesto, retraso en la cicatrización, durante su evolución hacia la cicatrización.

Presentamos tres casos tratados con proteasa activa (serien proteasa)

1º Caso: paciente que presenta EAP, amputación abierta metatarsianos EID, con presencia de tendones y hueso,

Debido a la retracción de muñón se quedan al descubierto los metas, se recortaban con una gubia,

Se realizaban curas en la consulta de vascular tres veces por semana

Se hacia los cuatro pasos de limpieza, lavar, fomentos descontaminantes, desbridar, protección en la piel perilesional, aplicamos Urokinasa en el lecho de la herida + apósito de hidrofibra,

Vendaje con contención al cierre del muñón.

2º caso: paciente diabético neuropático que presenta herida en la parte lateral externa del pie Izquierdo producido por una zapato

Abordaje de la herida, valoración, limpieza (según la evolución de la herida),fomento descontaminante, desbridamiento, protección piel perilesional + hidratación resto del pie, Urokinasa en el lecho de la herida, apósito hidrofibra , vendaje contención, al cierre de la herida,

Educación en el cuidado del pie diabético

3º caso:

Paciente diabético, úlcera neuropática, presenta necrosis plantar extendido hacia la parte lateral interna del pie derecho, presencia de placa necrótica fluctuante, supurativa, una vez retirada la placa necrosada, (se recorta con bisturí y tijeras) se visualiza hueso y tendón y tejido desvitalizado,

Se realizan curas tres veces por semana en la consulta de vascular,

Valoración de la herida, se recoge cultivo por punción, por presentar + de tres signos de infección, cultivo positivo, Pseudomonas aeruginosa ,Staphylococcus

Limpieza de la herida, fomento descontaminante, desbridamiento, , protección piel perilesional + hidratación resto del pie, Urokinasa en el lecho de la herida, hidrofibra, vendaje de protección,

Educación en el cuidado del pie diabético



Objetivos:

Facilitar el desbridamiento cortante, mantener la humedad necesaria, regeneración del tejido de granulación y epitelización de la herida,

Métodos:

Limpieza de la herida, desbridamiento cortante, aplicación de Urokinasa

Resultados,

En los tres casos fue de gran ayuda y resolutivo para su buena evolución de la herida

Conclusión: Frente a otros desbridantes nos demuestra su gran efectividad en todos aquellos aspectos deseados, como desbridar, regenera el tejido, proporciona la humedad necesaria para facilitar el proceso de cicatrización

Palabras claves

desbridamiento, epitelización, cicatrización.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO: Exploración del pie, Detección precoz y Derivación temprana desde una consulta de Atención Especializada.

Autores: Aida de la Fuente Prieto¹, Elena M. Rozado Gutierrez², Beatriz Arango Presa³, M. Belén Llorente Arconada³.

1-Enfermera Gestora de Casos Unidad Funcional de Pie Diabético, 2- Enfermera Unidad Funcional de Pie Diabético, 3-Enfermera consulta S.Endocrinología. Hospital Universitario Central de Asturias.

INTRODUCCIÓN:

El pie diabético es una de las complicaciones crónicas más frecuentes que pueden padecer las persona con diabetes. Su trascendencia viene determinada por la elevada morbi-mortalidad, pérdida de calidad de vida y repercusiones emocionales para los afectados y su entorno sociofamiliar.

Pero el pie diabético es una patología prevenible. Se estima que, mediante acciones protocolizadas, dirigidas a la valoración integral, detección precoz del pie vulnerable y la derivación temprana, estas lesiones podrían evitarse hasta en un 80%. Aunque la evidencia científica disponible a este respecto es insuficiente, todas las recomendaciones y guías publicadas afirman la efectividad de la prevención para evitar la aparición de úlceras. Las actuaciones preventivas deben desarrollarse desde Atención Primaria, pero no debemos obviar la oportunidad que supone incluirlas también en los procesos de cuidados de Atención Especializada y Sociosanitaria.

OBJETIVOS:

- Demostrar la eficacia de un proceso estandarizado de prevención, diagnóstico y derivación de úlceras de Pie Diabético, dirigido desde una Unidad Multidisciplinar y con abordaje multifactorial.
- Asegurar el consenso y la planificación de acciones estratégicas eficientes para evitar la aparición de lesiones desde el mismo diagnóstico de Diabetes Mellitus.
- Evidenciar la tendencia de las personas con diabetes a banalizar lesiones en los pies, con cuidados ineficaces, a menudo sin control por profesionales sanitarios.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo de 487 pacientes valorados en la consulta de Endocrinología de nuestro hospital durante los años 2021 y 2022 y en los que no constaba, hasta entonces, ni realización ni registro de Exploración del Pie. En ese sentido, tras la constitución de la Unidad de Pie Diabético en el Centro, se detecta, como necesidad de mejora, la inclusión en la Historia Clínica Electrónica de un formulario validado para la exploración del pie en la persona con diabetes. A tal efecto, se crea un documento que permite dicho registro y guiar el árbol de decisiones posteriores.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

Los ítems que recoge contemplan: inspección del pie y del calzado, exploración neurológica, exploración vascular y realización del I.T/B con dispositivo automático Mesi, estratificación del pie de riesgo y observaciones.

El porcentaje registrado previamente de exploración del pie a la población con Diabetes Mellitus tipo1(DM 1) era prácticamente inexistente, lo que evidencia ausencia de valoración y estratificación protocolizada del riesgo de aparición de lesiones.

RESULTADOS:

Se describen los datos obtenidos tras la implementación del algoritmo, en cuanto a úlceras detectadas mediante acciones de captación activa, fases de evolución y derivación planteada desde el equipo multidisciplinar.

Entre los resultados evaluados cabe destacar: un 27% de personas con pie de riesgo, un porcentaje más elevado de hiperqueratosis y déficit de autocuidado, 38% en ambos casos, mientras que las alteraciones ungueales son de un 24%.

CONCLUSIONES:

El pie diabético es el síndrome resultante de la interacción de factores sistémicos y factores ambientales que pueden actuar favoreciendo la aparición, desarrollo y/o perpetuación de una serie de lesiones de gran potencial invalidante, elevado coste social y en recursos sanitarios: la valoración adecuada, la instauración precoz de medidas preventivas y terapéuticas, el seguimiento y una educación bien dirigida evitan o minimizan las complicaciones asociadas.

Por tanto, son necesarias estrategias activas de prevención primaria: programas integrales con “acciones en cascada” desde el instante de diagnóstico de diabetes y en el nivel asistencial en el que se realice la atención del paciente.

Una vez realizada la detección del pie de riesgo en la población con diabetes es preciso implementar intervenciones focalizadas sobre los factores de riesgo modificables.



Afrontamiento familiar comprometido en un paciente con isquemia vascular no candidato a tratamiento quirúrgico.

M.ª Francisca Ríos Gil ,Lucía Fernández Ramos,Inmaculada Oliva Jiménez.

C. S. Las Lagunas, Mijas (Málaga).

Presentación :

El dolores una complicación frecuente en las úlceras de MMII afectando a la calidad de vida del paciente. Los opioides deberán valorarse en el tratamiento de las úlceras de origen arterial que no pueden beneficiarse del tratamiento quirúrgico mejorando el dolor isquémico si es que existe. Se debe tener en cuenta la demanda de manejo a domicilio.

Valoración:

Cuidadora

principal informal responsable de las decisiones relacionadas con la salud del paciente. El temor a una futura muerte o muerto aceptaba lo que sea, cualquier respuesta, provocando sufrimiento al paciente. Se trata de un paciente dependiente severo de AVD, deterioro cognitivo severo. Valorado por cirugía vascular, isquemia severa no candidata a tratamiento quirúrgico (ISNCTQ). Derivado para control desintomas por paliativos. Tras 5 meses, presenta necrosis generalizada del MMII, dolor no controlado y negación familiar a utilizar analgésicos opioides.

Juicio diagnóstico (Metodología enfermera):

(0073)

Afrontamiento familiar comprometido relacionado con una comprensión inadecuada de la hija, incapaz de percibir o actuar de forma efectiva respecto a la necesidad del paciente con respecto al control del dolor, evidencia de una conducta evitativa de toma de decisión, y manifestado por un gran sufrimiento físico de este.

NOC2600 Afrontamiento de los problemas de la familia Indicadores:

260007 expresar sentimientos y emociones abiertamente entre los miembros.

NOC2609 Apoyo familiar durante el tratamiento.

Indicadores:

260904 pedir información sobre el procedimiento

Juicio terapéutico (plan de cuidados):

NIC5300 Facilitar la expresión del sentimiento de culpa

Guia la familia en la identificación de sentimientos dolorosos de culpa

Ayudar a la familia a identificar y examinar las situaciones en las que se experimentan generales de sentimientos.

NIC4920 Escucha activa

Escuchar los mensajes y sentimientos inexpresados y además atender al contenido de la



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

conversación

NIC5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento.

Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento.

Describir las actividades previas al procedimiento/tratamiento.

Explicar el procedimiento/tratamiento

Evolución y Evaluación:

9/12/2022 Lesión pie izquierdo, flectena zona plantar extensa, arco plantar completo hacia talón. En zona dorsal, equimosis, pulsos presentes pero débiles.

22/12/2022 Frialdad y pulsos ausentes. Lesiones en dedos de nueva aparición.

5/1/2023 Derivación a paliativo tratamiento conservador.

12/04/2023 Necrosis seca 1/3 inferior región tibial, húmeda zona de transición. Exudado purulento, abundante, fétido, dolor en la manipulación. Familia muy reacia al uso de analgesia con opioides. Tratamiento analgesia escalón 1 y 2

26/4/2023 Administración de opioides subcutáneos, adiestramiento , Mejora NOC 260904.

Conclusión:

La eliminación del dolor es una prioridad para la mejora de la calidad debida del paciente ISNCTQ;

así como una intervención enfermera precoz de apoyo a la familia para lograr un buen front amén de la prestación de cuidados.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

Técnica Mölndal: una alternativa en el tratamiento de las heridas quirúrgicas.

Autores: Adriana Soler Giménez, Vanessa Alcaraz Medina, Ana Osorio Fadón, Mireia Vallés Sanz, Montse García Vicente, Anna Cabasés Estopà.
HOSPITAL UNIVERSITARIO MUTUA DE TERRASSA.

INTRODUCCIÓN:

La piel perilesional de heridas quirúrgicas en pacientes de cirugía torácica supone un reto para los profesionales de la salud. La frecuencia en la aparición de flictendas relacionados con la cura diaria de la herida.

Frente a esta situación proponemos el presente estudio con el uso de la Terapia Mölndal (TM). La TM, originaria de Suecia y descrita por primera vez en 2002 en pacientes de cirugía traumatólogica y ortopédica ⁽¹⁾ consiste en realizar la cura en quirófano con un apósito de hidrofibra de hidrocoloide fijado con film de poliuretano transparente, fijando el drenaje si lleva. Se puede mantener hasta 7 días en función de la cantidad de exudado. Permite una cura en ambiente húmedo que favorece la cicatrización y una mejor gestión del exudado por su mayor capacidad de absorción, así como un mejor control visual de la zona, disminuyendo el número de curas y la carga asistencial ⁽²⁾⁽³⁾.

OBJETIVO:

Evaluuar la eficacia de la Terapia Mölndal en la disminución de flictendas y en la reducción de curas de la herida quirúrgica en pacientes intervenidos de cirugía torácica.

METODOLOGÍA:

Se realiza un estudio piloto con el uso de la Terapia Mölndal de marzo a abril de 2023 en todos los pacientes de cirugía torácica intervenidos quirúrgicamente por Videotoracoscopía. Se excluyeron los pacientes que precisaron reforzar la sutura intradérmica con sutura cutánea adhesiva en el quirófano.

Realizamos formación a los profesionales de quirófano, críticos y planta de hospitalización sobre TM: preparar la piel y aplicar producto barrera en spray, como apósito primario colocar hidrofibra de hidrocoloide ajustado al tamaño de la herida quirúrgica y después el film de poliuretano evitando posiciones forzadas y sin tensión.

De cada paciente incluido se recogen las variables: sexo, edad, revisión diaria y fecha de la primera cura post cirugía. También se registró el estado del apósito en cada turno y en caso de precisar cura estado de la herida y de la piel perilesional.

Se realiza análisis descriptivo de cada una de las variables y de los casos evaluados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se incluyeron un total de 9 casos de los cuales 5 eran mujeres y 4 hombres. La media de edad era de 70 años y la de estancia hospitalaria de 4,8 días. De los 9 casos analizados, uno presentó lesiones secundarias al adhesivo médico (Marsi:

lesión por tensión o flictena) y otro caso presentó una reacción irritativa (MARSI: dermatitis irritativa por contacto), lo que nos impidió continuar con el estudio. Ambos pacientes tenían registros previos de reacciones alérgicas en tejido epitelial.

Los 7 restantes, no presentaron complicaciones en la piel perilesional y la cura permaneció intacta hasta el día del alta.

La TM nos proporciona una solución a problemas de la piel perilesional, siempre y cuando se realice la preparación de ésta, así como los cuidados adecuados para evitar complicaciones.

La reducción del número de curas provoca menos molestias, por lo que mejora el confort de los pacientes durante su ingreso.

El uso adecuado del apósito de hidrofibra de hidrocoloide, que puede permanecer hasta 7 días, junto al film de poliuretano que nos permite una visualización de la zona, disminuye la frecuencia de las curas.

Aunque los resultados son favorables, se propone realizar un ensayo clínico para valorar su instauración de manera habitual en nuestro servicio, valorando la reducción de tiempo de enfermería, la reducción de infección de la herida y la disminución de costes.



EL ADECUADO ABORDAJE DE LESIONES VENOSAS MEJORA LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS.

Rafael Cabello Jaime, Mercedes Muñoz Conde, Lucía Aragón Rodríguez, María José Díez Requena

SAS

Introducción:

Mujer 72 años. Antecedentes: prótesis de rodilla izquierda por artrosis, HTA, IAM con estent, dislipemia, Hallux Valgus, DM tipo II, Mielomalacia cervical ERC estadio 3b (FG25), Doppler arterial sin hallazgos significativos, doppler venoso con hallazgos patológicos. Barthel 100, Pfeiffer 0, IMC 35%.

Alergia a povidona iodada.

Valoración general y de la lesión

Cultivos previos con hisopo: *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente.

Lesión venosa 509 días de antigüedad categoría II, zona supramaleolar externa izquierda, 10x12 cm, CEAP 6. Resvech 2.0: 29, EVA: continuo 4 (toma metamizol y AINES) y durante curas 7 (AINES y lidocaína en fomento). Biofilm en lecho, edema y eritema perilesional. Exudado que desborda apósito y moja ropa y calzado.

Curas previas con varios productos: hidrofibra de hidrocoloide Ag+, Alginato Ag, apósticos de espuma, DACC, silvederma crema®, linitul® iruxol mono® en las últimas 7 semanas. Como apóstico secundario temporadas con espumas adhesivas con bordes y vendaje con vendas de crepé o auto adhesivas/cohesivas.

Intervenciones

Objetivos

Mejorar calidad de vida personal y posibilitar actividades de vida diaria (AVD).

Elegir materiales adecuados para favorecer cicatrización y comodidad: compresión.

Cuidar piel perilesional para evitar complicaciones que aumenten la extensión de la herida.

Realizar educación sanitaria sobre hábitos de vida saludables y compresión en la pierna.

Plan de cuidados: (actividades)

Para iniciar la intervención se decide aplicar el protocolo de consenso internacional sobre higiene de la herida, realizando un lavado minucioso de la zona efectuando manipulaciones suaves, con el fin de minimizar daños a una zona ya de por sí muy agredida.

Respecto a la desinfección de la herida se aplica durante 5 minutos, solución de betaina-biguanida (Prontosan®),

A continuación se realiza desbridamiento cortante de toda la zona para retirar biofilm del lecho.

Se aplica posteriormente solución salina, con una presión que arrastre los restos y que a la vez evite daños al tejido que hay en el lecho de la herida.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

Como apósito primario aplicaremos alginato, se protege piel perilesional con pomada de óxido de Zn, almohadillamos la zona y se nivelan radios en la pierna para aplicar vendaje inelástico. Cambios de apósito diario para evitar que la gran cantidad de exudado moje la ropa y lesione la piel perilesional.

Se dan recomendaciones sobre alimentos adecuados para mejorar los procesos de cicatrización, así como la importancia de mantener la compresión como una parte fundamental del tratamiento.

Evolución (resultados)

- 19/4/22 Resvech 2.0: 19, medidas de 6x3,5 cm. Se mantiene plan de cuidados.
- 24/5/22 Resvech 2.0: 14, medidas de 4,5x2,5 cm. Se mantiene mismo plan.
- 21/7/22 Resvech 2.0: 8, medidas de 3x2 cm. Se mantiene mismo plan, realizando curas cada 48 h.
- 15/9/22 Resvech 2.0: 0, ALTA se establece un nuevo plan de cuidados con respecto al cuidado de la piel y el mantenimiento de la compresión y hábitos de vida saludable.

Conclusiones

- ✓ El conocimiento y elección adecuada de los materiales en función de la situación de la lesión y la persona, favorecen los procesos de regeneración tisular y mejora la calidad de vida de la persona
- ✓ Es importante utilizar todas las medidas que intervienen en la mejora local y regional de una herida, para beneficiar una adecuada epitelización.
- ✓ La educación sanitaria en medidas de prevención y promoción son fundamentales en cualquier situación del estado de salud de la persona.



Colaboración de Enfermera de Práctica Avanzada en Heridas Complejas y Enfermera Comunitaria el paciente gana

Autores: Mercedes Muñoz Conde, Rafael Cabello Jaime, María José Díez Requena, María Gutiérrez García, Juan Francisco Jiménez García

AGS Éste de Málaga-Axarquía

Resumen:

Mujer de 73 años derivada a Enfermera de Práctica Avanzada en Heridas Complejas (EPA HCC) por lesión en pierna de evolución tórpida

Antecedentes: HTA, Esteatosis hepática, Depresión, Espondilolistesis L4-L5. DMT2, última glicada 6,2%. IVC

Antecedentes familiares: tío y hermanos con IVC

Tratamiento: Metformina y Pentoxifilina

Valoración general:

Viuda. Independiente para ABVD. No sigue plan terapéutico nutricional. IMC= 31,2. Ejercicio moderado 2 veces/semana.

Acude a consulta de EPA HCC acompañada de hija preocupada por herida de su madre Piel hidratada, temperatura conservada con alteraciones de pigmentación, utiliza medias compresivas desde hace 1 año por pesadez, picor y descamación con venas varicosas. No edemas

Pulsos distales presentes y simétricos. Índice tobillo/Brazo dcho= 1,17, ido= 1,27.

Describe dolor punzante nocturno que la despierta sobre maléolo tibial izdo el mes anterior, por la mañana endurecimiento y posterior necrosis, desde entonces, curas por enfermera comunitaria con escasa mejoría. Tratamiento tópico antimicrobiano con plata y antibiótico empírico. Ha dejado de salir y realizar ejercicio por dolor

Valoración de la Lesión:

Deterioro de la integridad cutánea m/p Úlcera de 2 x 2 x 0,5 cm de profundidad relacionada con posible picadura de insecto en pierna con éstasis venoso, bajo maléolo tibial en pierna izquierda. Bordes enrojecidos y edematizados. Lecho con tejido esfacelar adherido y duro. Exudado moderado.

Dolor continuo 4/10 y en cura 7/10. RESVECH 2.0 con puntuación de 18

Intervenciones y actividades:

5246 . Asesoramiento nutricional

- Identificación de conductas alimentarias que se desean cambiar
- Proporcionar información sobre modificación de dieta para reducir peso y evitar alimentos no deseados

4066. Cuidados circulatorios

- Mantener hidratación adecuada
- Refuerzo de conductas adecuadas (ejercicios y piernas elevadas en sedestación)

36660. Cuidado de las heridas



Se aconseja metodología de curas según Documento de Consenso sobre Higiene de la Herida:

- Analgesia previa con gel de lidocaína
- Lavado de pierna y lesión
- Descontaminación con Polihexanida Bétaína en fomento antes y después de desbridamiento
- Desbridamiento cortante de tejido esfacelar
- Apósito primario de Cadexómero Iodado bajo Espuma (control de carga bacteriana y eliminación de tejido no viable como segundo escalón antimicrobiano y gestión de exudado)
- Protección de piel perilesional con pomada de óxido de zinc
- Vendaje compresivo con medias.

Curas posteriores por enfermera comunitaria con apoyo telemático de EPA HCC.

Evolución:

Tras 4 semanas de tratamiento, lecho con tejido de granulación en 100% y bordes en contracción por lo que se aconseja cambio de tratamiento local a Modulador de Metaloproteinasas, retirando antimicrobiano y descontaminante. Dolor continuo 0/10 y en curas 2/10. RESVECH = 7. Sale de casa y reanuda ejercicio

Cicatrización de la ulcera a los 3 meses.

Se aconseja continuar con medias de compresión terapéutica, ejercicio y control nutricional

Conclusiones:

- La valoración de las necesidades alteradas pone a la persona en las mejores condiciones para la cicatrización y mejora la evolución de la herida
- La valoración secuencial de la herida orienta sobre su evolución y permite escoger el tratamiento eficaz según el proceso de la cicatrización acortando el tiempo hacia la resolución
- La enfermera comunitaria encuentra en la EPA HCC un inestimable apoyo en el abordaje del paciente con lesión compleja



Uso de la Termografía en el pie de riesgo

Autores: María Pilar Camarero Gómez¹, Ana Belén Mancera Trujillo², María José Fernández Trujillo², María Isabel Portellano Soriano², Joaquín Páez Moguer³

1. EPA Heridas Crónicas Complejas Distrito Sanitario Málaga – Valle Guadalhorce, Podóloga.

2. Enfermera Centro de Salud Huelín , Distrito Sanitario Málaga – Valle Guadalhorce .

3. Profesor Contratado Doctor de la Facultad de Ciencias de la Salud Podología., Málaga.

Resumen:

Las estimaciones para desarrollar una úlcera del pie diabético (DFU) es de un tercio de las personas que padecen diabetes. La falta de curación de estas lesiones es una de las principales causas de hospitalización, amputación, discapacidad y muerte entre este tipo de pacientes. Por tanto , la necesidad de mejorar la prevención de las DFU y/o mantener los pacientes con las úlceras en remisión es necesario.

La inflamación es uno de los primeros signos de ulceración del pie, esta inflamación se compone de cinco síntomas: dolor (dolor), calor (calor), rubor (enrojecimiento), tumor (hinchazón) y functio laesa (pérdida de función). La medición de ese calor más confiable es el uso de la termografía sugerido ya en el año 1975 por Paul Brand y su equipo como método eficaz para predecir la DFU antes de la ruptura de la piel.

La termografía es una técnica que se utiliza para evaluar la temperatura de la piel en diferentes partes del cuerpo mediante la utilización de cámaras que miden y toman imágenes de la radiación infrarroja emitida por los cuerpos sin necesidad de que haya luz visible, se ha utilizado con éxito para detectar complicaciones relacionadas con el pie diabético, principalmente porque se presenta como una técnica rápida, sin contacto y no invasiva para visualizar la distribución de la temperatura de los pies.

El uso de la termografía puede ser una herramienta útil para detectar la presencia de lesiones en el pie de riesgo en pacientes diabéticos. Los pacientes que presentaron una temperatura elevada en una zona específica del pie fueron más propensos a desarrollar úlceras o lesiones en esa área en el futuro, por el contrario, pacientes con una imagen hipotérmica en lesiones tienen una peor evolución en la cura de úlceras. Además se puede observar mediante la termografía las infecciones, neuropatías e isquemias del pie diabético.

Es una técnica que permite de forma eficaz monitorizar la respuesta del tratamiento en pacientes con lesiones en el pie de riesgo, permitiendo evaluar el progreso de la curación de las lesiones y detectar la presencia de nuevas lesiones en etapas tempranas. Esto puede ayudar a prevenir complicaciones graves como la amputación del pie y mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

El objetivo del poster es realizar una revisión de cómo la termografía puede ser útil para evaluar la presencia de lesiones en el pie de riesgo en pacientes diabéticos, así como para monitorizar la respuesta al tratamiento mediante la presentación de un caso de úlcera plantar.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

Más allá de los apósitos: experiencia con PRP en heridas vasculares complejas

Autores:Loreto Rubio Núñez y Carmen Alfaro Gutiérrez
Enfermera C. Vascular Clínica Universidad de Navarra sede Madrid

Introducción:

El PRP es una fracción de plasma, obtenida tras la centrifugación de sangre autóloga. que contiene abundantes factores de crecimiento.

Contribuye en la regeneración tisular, por lo que acelera la cicatrización, es mínimamente invasivo y prácticamente sin efectos adversos.

Ante úlceras de mala evolución, sin respuesta a tratamientos convencionales ,optamos por el tratamiento de PRP como alternativa

Objetivos:

Mostrar experiencia en cierre de heridas complejas utilizando plasma rico en plaquetas en pacientes con mala respuesta a tratamientos locales convencionales.

Método:

Mostrar una serie de casos con buena respuesta al PRP

Desde junio 2022 a abril 2023 se ha utilizado plasma rico en plaquetas en 4 pacientes con úlceras que presentaban una evolución tórpida.

De los cuatro pacientes 3 eran mujeres y un hombre.

Con una media de edad de 71,5

Tres de ellos padecían una insuficiencia venosa crónica y una de ellas una isquemia arterial.

En el 100%de los casos se trató la causa de las úlceras.

El todos los casos los pacientes habían recibido un abordaje adecuado a las características de las úlceras: infección, exudado etc

Presentaban un retraso en la cicatrización de 11,6 meses

Evaluamos:

- el cambio en el lecho de la herida con seguimiento fotográfico
- tiempo de cicatrización
- efectos adversos derivados de la aplicación PRP

Resultados

El 100 % de los pacientes tratados cerraron por completo tras una media de 2.2 tratamiento de PRP continuando con curas convencionales una vez conseguido un lecho con buen tejido de granulación.

El tiempo medio de cicatrización tras la aplicación del PRP fue de 5,25 semanas.

En ningún caso se ha detectado ningún efecto adverso relacionado con la aplicación de PRP

Conclusiones:

La aplicación de PRP en heridas complejas, acelera el cierre siendo un tratamiento eficaz mínimamente invasivo, sin efectos secundarios y de bajo coste y una herramienta de recurso en úlceras complejas no respondedoras a tratamientos convencionales.



Dispositivo BlueDop en el cribado de enfermedad arterial en pacientes con heridas crónicas por parte de enfermería.

Autores: Loreto Rubio Núñez, Enfermera C. Vascular en Clínica Universidad de Navarra
Carmen Alfaro Gutiérrez
Enfermera C. Vascular en Clínica Universidad de Navarra

Introducción:

Las úlceras vasculares pueden deberse a afectación venosa, arterial o mixta. Siendo fundamental un correcto diagnóstico etiológico para dirigir los cuidados, tanto locales como de la causa subyacente. Un correcto manejo desde la primera visita optimiza las tasas de curación. Es imprescindible un diagnóstico diferencial óptimo para encaminar los cuidados de estas.

Las úlceras en algunos pacientes pueden ser de difícil clasificación por localizaciones atípicas, edemas que dificultan palpar pulsos, y dificultad para realizar un ITB por la presencia de la propia herida.

El dispositivo BlueDop (BlueDop Vascular Expert Arterial Triaging System (BVE) BlueDop Medical Ltd, Reino Unido) permite de una manera sencilla realizar una exploración no invasiva para valorar la presencia o ausencia de isquemia arterial, a través de un estudio activo desde Octubre 2021, se ha demostrado que tiene sensibilidad del 98.3% y una especificidad del 99.1% en el diagnóstico de isquemia arterial. Teniendo en cuenta estos datos, se plantea su utilidad en el cribado de úlceras por parte de enfermería.

Objetivos:

Evaluar los beneficios del uso del dispositivo BlueDop en el diagnóstico etiológico de las úlceras vasculares por parte de enfermería.

Metodología:

A todos los pacientes de estudio, del dispositivo se les realiza Eco Doppler arterial y BlueDop comparando los resultados.

Se ha realizado el estudio en 65 pacientes sin heridas y 15 con úlceras vasculares.

El BlueDop Vascular Expert es un software que procesa la información incluyendo índice tobillo brazo, presión periférica media reserva vascular. Combinado con un algoritmo visual integrado ayuda a determinar fácilmente la presencia o ausencia de isquemia arterial.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

Se compone de una tablet con el software y una sonda bluetooth bidireccional de 5 MHZ. Se toma la presión arterial braquial y se introducen los datos en el sistema. Con una sonda se localizan pulsos pedio y tibial, que refleja las curvas en la pantalla del dispositivo.

El sistema analiza varias ondas ininterrumpidas.

Una vez obtenidas las ondas satisfactorias de ambas extremidades nos indica gráficamente el resumen de resultados.

Se observó que el uso del dispositivo en pacientes con úlceras resultaba útil en el cribado de ulceras vasculares

Se evaluaron:

- el tiempo empleado en realizar BlueDop(min)
- facilidad de uso
- ventajas frente ITB
- efectividad en comparación con eco doppler

Resultados:

Se valoraron un total de 15 pacientes con heridas crónicas de probable origen vascular.

El dispositivo BVE presenta una sensibilidad del 98.3% y una especificidad del 99.1%

La media de tiempo invertido en la realización de la prueba es de 5,2 min.

Resultó de fácil manejo por parte de enfermería

Observamos una ventaja principal frente a la realización de un ITB al no necesitar uso de manguito de presión arterial.

Conclusiones:

El uso de BlueDop es una herramienta de ayuda, de fácil manejo, rápido y no invasivo. Facilita una primera clasificación de las úlceras por parte de enfermería para el correcto manejo de las mismas y una derivación dirigida.



CURANDO A DISTANCIA: MANEJO TELEMÁTICO DE ÚLCERAS VASCULARES

Autores:Loreto Rubio Núñez, Carmen Alfaro Gutiérrez
Enfermera C.Vascular en Clínica Universidad de Navarra sede Madrid

Introducción

Las úlceras vasculares son lesiones con pérdida de sustancia cutánea producidas por alteraciones en el sistema venoso y/o arterial.

Dada la cronicidad de este tipo de lesiones y la alta complejidad de los cuidados que precisa, la valoración presencial es el tratamiento de referencia. Sin embargo, es frecuente que por limitaciones personales o geográficas los pacientes no puedan acudir con una frecuencia óptima a la realización de curas.

Hacer un seguimiento a distancia estrecho de la evolución de las úlceras, detectando posibles problemas y pudiendo cambiar las indicaciones de los cuidados en caso necesario, podría ayudar a mejorar la calidad de vida de este tipo de pacientes, reduciendo sus visitas presenciales al hospital y aumentando la adherencia a los cuidados.

Objetivos:

Desarrollar un protocolo de cuidados a distancia para los pacientes con úlceras vasculares tratados en nuestro centro y que no pertenecen al área de proximidad.

Método:

Se desarrolló un protocolo de seguimiento telemático de úlceras. El cual se está utilizando desde mayo 2021.

El paciente sigue las curas en su domicilio por su centro de referencia, por su cuidador e incluso por él mismo.

Seguimos los siguientes pasos:

1/En la primera visita de valoración: hoja con indicaciones, contacto directo, material de cura necesario.

2/Envío de fotos al correo electrónico -2 veces por semana

3/) Indicaciones por parte de enfermería en 24 h

4/Citación presencial cada 15 días aproximadamente

Para valorar el beneficio de este seguimiento hemos evaluado:

1/tiempo de cierre de las úlceras

2/fotos enviadas

3/llamadas telefónicas requeridas

4/visitas presenciales

Resultados:

En los dos años desde que se empezó con este sistema se han tratado 15 pacientes a



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

distancia.

De los cuales se ha conseguido el cierre definitivo de 11 continuando en seguimiento actualmente 4.

Se han enviado una media de 2 fotos por semana, complementándolo con llamadas telefónicas en el 50% de los casos.

Han requerido un seguimiento presencial de una media de 2.1 días mensuales

El tiempo medio de cierre de las heridas fue de 8 semanas, una vez tratada la causa.

Se han detectado complicaciones de agravación de su patología de base en 2 casos citándoles de manera preferente con el cirujano vascular.

Conclusiones:

El seguimiento telemático de las úlceras vasculares y una correcta educación sanitaria por parte de enfermería, permite un correcto seguimiento de los pacientes optimizando las tasas de curación.

Además, refuerza la confianza con enfermería aumentando la adherencia a los cuidados.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

DESBRIDAMIENTO Y CICATRIZACIÓN DE AMPUTACIÓN TRANSMETATARSIANA ABIERTA TRAS REVASCULARIZACIÓN EN SÍNDROME ISQUÉMICO CRÓNICO DE MIEMBROS INFERIORES

García Santisteban L.1, Exposito Vico M.1, Martínez Callejas M.1, Pous Martínez S.1 1
Ferrerons Romero L.2

1Enfermeras de la unidad de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Universitari de Bellvitge (IDIBELL). L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

2 Enfermera Atención Primaria Sant Ildefons. SAP Baix Llobregat Centre. Metropolitana Sud.

INTRODUCCIÓN

La arteriosclerosis es la causa principal de la enfermedad arterial periférica (EAP) o síndrome isquémico crónico (SIC) en miembros inferiores, causando estrechamiento u oclusión de las arterias (1).

El estadio IV (según la escala de Leriche-Fontaine) es la forma más grave del SIC en el cual el individuo presenta lesiones tróficas y dolor intenso, que conlleva un riesgo significativo de pérdida de extremidad (2).

La Diabetes Mellitus (DM) es uno de los factores de riesgo que aumenta la incidencia, acelera la progresión y aumenta la gravedad de la enfermedad. Los pacientes con SIC y DM concomitantes tienen mayor riesgo de complicaciones graves, como la amputación (3).

OBJETIVO

Demostrar la eficacia del desbridamiento y la cicatrización mediante un gel a base de proteasa activa, alantoína y bisabolol combinado con un apósito de fibras poliabsorventes de tecnología lípido coloidal TLC-NOSF (Urgostart plus®), en paciente con síndrome isquémico crónico sometido a amputación transmetatarsiana abierta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se describe un caso de varón de 65 años con antecedentes de DM II, que ingresa por síndrome de isquemia crónica grado IV en 5º dedo del miembro inferior derecho, requiriendo amputación digital y cobertura con antibioticoterapia por cultivo óseo positivo. Debido a la mala evolución del lecho de la herida se realiza recanalización de la arteria tibial posterior y amputación transmetatarsiana (TMT) abierta.

INTERVENCIONES

Tras la amputación TMT se obtiene un lecho óptimo sin signos de infección. El equipo multidisciplinar, conjuntamente con la enfermera clínica de pie diabético, deciden curas cada 48 horas con gel de proteasa combinado con un apósito de fibras hidrodeterosas de poliacrilato TLC-NOSF, y pasta con óxido de zinc para los bordes. Debido a la buena evolución se decide alta con seguimiento de curas en consultas externas (CEX) del Hospital de Bellvitge.

RESULTADOS

Tras tres meses con continuidad de curas en CEX del Hospital de Bellvitge presenta una

disminución de la extensión con aproximación de bordes progresiva hasta la total cicatrización de la amputación TMT.

CONCLUSIONES

Las fibras poliabsorbentes permiten una limpieza continua a través de un desbridamiento electrostático y la tecnología TLC-NOSF permite acelerar la cicatrización al reducir el exceso de

metaloproteinasas. El gel a base de proteasa activa mejora la microcirculación, nutre y oxigena la piel. La alantoína promueve la reconstrucción de la epidermis en la zona a tratar, favoreciendo la epitelización de ésta y, finalmente, el Bisabolol actúa como agente calmante natural. La combinación de ambos productos es útil en la cura de una herida TMT abierta dadas las características que poseen.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

TRATAMIENTO TÓPICO EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CUTÁNEA CRÓNICA DE EXTREMIDADES INFERIORES

Martínez Callejas M.1, García Santisteban. L1, Exposito Vico .M1, Pous Martinez .S.1, Ferrerons Romero. L2

1Enfermeras de la unidad de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Universitari de Bellvitge (IDIBELL). L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

2 Enfermera Atención Primaria Sant Ildefons. SAP Baix Llobregat Centre. Metropolitana Sud.

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia cutánea crónica o dermatoporosis hace referencia a una fragilidad cutánea extrema caracterizada en su mayor medida por la pérdida del ácido hialurónico de la piel, el cual posee funciones primordiales para el mantenimiento de la continuidad de la misma. (1)

Actualmente es una enfermedad grave asociada a pacientes mayores con gran patología y alto riesgo de complicaciones (2). Los principales factores de riesgo están relacionados con la edad y el envejecimiento. No obstante, las patologías asociadas como la Diabetes Mellitus (DM) , el Síndrome Isquémico Crónico (SIC) y la administración de anticoagulantes no solo favorecen el desarrollo de la dermatoporosis sino que la empeoran. (3)

OBJETIVO

Demostrar la efectividad de la Leche Reparadora Mariposa ® en la regeneración de la piel, el restablecimiento hidrolipídico y mejorando la microcirculación en un paciente con dermatoporosis secundario al Síndrome Isquémico Crónico, DM II y la toma de anticoagulantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se describe un caso de varón de 74 años con antecedentes de DM II, Cardiopatía Isquémica y SIC que ingresa por mala evolución de la extremidad derecha con presencia de necrosis húmeda digital del 1º al 5º metatarso junto con presencia de dermatoporosis hasta la rodilla. Ingresa para realizarse un Bypass Femoro-Peroneo y amputación transmetatarsiana de la extremidad inferior derecha.

INTERVENCIONES:

Tras la realización del Bypass y la amputación transmetatarsiana de la extremidad, persiste la dermatoporosis. El equipo multidisciplinar en seguimiento del paciente decide conjuntamente el inicio del tratamiento de la dermatoporosis con Leche Reparadora Mariposa ® dos veces al día durante el ingreso hospitalario.

RESULTADOS



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

Tras una semana de aplicación dos veces al día del producto, la extremidad presenta una mejoría significativa presentando la piel más hidratada, normocoloreada e íntegra en prácticamente su totalidad en comparación con el inicio del tratamiento.

CONCLUSIONES

La fórmula adecuada para pieles extremadamente sensibles, secas o irritadas muestra una clara eficacia en su administración diaria en este tipo de pacientes. Está compuesta por activos hidratantes, antiinflamatorios y acondicionadores de la piel con componentes como el Ácido Hialurónico, extracto de Boswellia y aceite de Chía. Por otro lado, posee agentes antioxidantes como es la Vitamina E; emolientes y humectantes que actúan como barrera protectora.

Es por eso que la elección de la Leche Reparadora Mariposa ® es adecuada para pacientes adultos de edad avanzada con patologías graves asociadas que presenten dermatoporosis o Insuficiencia Cutánea Crónica.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

UNA SERIE DE CASOS SOBRE EL APÓSITO DE FIBRAS HIDRODETERSIVAS DE POLIACRILATO Y MATRIZ CICATRIZANTE TLC-NOSF CON BORDES DE FÁCIL ADHERENCIA EN HERIDAS DE MIEMBROS INFERIORES.

Exposito Vico M.1, García Santisteban L.1, Martínez Callejas M.1,Pous Martinez S.1 1 Ferrerons Romero L.2

1Enfermeras de la unidad de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Universitari de Bellvitge (IDIBELL). L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

2 Enfermera Atención Primaria Sant Ildefons. SAP Baix Llobregat Centre. Metropolitana Sud.

INTRODUCCION Las heridas son un problema de salud que afecta a una amplia población y que requieren diferentes intervenciones para asegurar un cuidado óptimo de los pacientes que las presentan. La cicatrización de dichas heridas es un fenómeno complejo, que exige conocimientos específicos y el trabajo de un equipo multidisciplinar para poder abarcar todos los aspectos y necesidades(1,2). Las heridas complejas las podemos definir como aquéllas que por sus especiales características puedan ver comprometida su evolución normal, a pesar de un abordaje adecuado con los métodos convencionales y habiendo eliminado, en los casos en que sea posible, la causa que las producen (3).

OBJETIVO

Demostrar la efectividad de un apósito de fibras hidrodetensivas de poliacrilato TLC-NOSF con bordes adhesivos (Urgostart Plus Border®) en heridas de difícil cicatrización y exudado de moderado a alto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se describen una serie de casos de pacientes con heridas extensas en los miembros inferiores con dificultades en la cicatrización y con exudado de moderado a alto.

CASO 1: Hombre de 77 años con antecedentes de dislipemia, diabetes, cardiopatía isquémica y exfumador, que tras una intervención de revascularización del miembro inferior derecho y amputación transmetatarsiana abierta, se mantienen curas húmedas para cicatrización. Este proceso se alarga durante 9 meses.

CASO 2: Hombre de 56 años con antecedentes de dislipemia y hábitos tóxicos (fumador y enolismo activo), que tras intervención de amputación transmetatarsiana del miembro inferior izquierdo, se inician curas húmedas para cicatrización. Este proceso se realiza durante el posoperatorio inmediato.

CASO 3: Mujer de 80 años con antecedentes de dislipemia, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardíaca y sin hábitos tóxicos, que tras intervención trombectomía iliaca derecha e izquierda; en la herida quirúrgica izquierda hizo dehiscencia de la misma y se iniciaron curas húmedas, Este proceso se alargó 1 mes.

INTERVENCIONES

Tras observar en los tres casos los lechos de las heridas quirúrgicas con abundante tejido



de granulación y exudado moderado, se decide iniciar curas con el apósito de fibras hidrodeterosas de poliacrilato TLC-NOSF (Urgostar boder®) con bordes de fácil adherencia. Se realizan curas cada 48 horas

RESULTADOS

Tras realizar el seguimiento durante 15 días en cada individuo, se observa una disminución del exudado y extensión de la herida quirúrgica, manteniendo el lecho en estado óptimo para continuar curas en domicilio hasta la cicatrización.

CONCLUSIONES

Las fibras poliabsorbentes permiten una limpieza continua a través de un desbridamiento electrostático, la tecnología TLC-NOSF permite acelerar la cicatrización al reducir el exceso de metaloproteininas. Los bordes de fácil adherencia permiten mantener en óptimo estado los bordes perilesionales, absorben el exudado y permiten el uso de un único apósito para la curas. Por este motivo, la combinación de estos dos apóositos permite una cura de las heridas más efectiva.



CASO CLÍNICO: LESIÓN POR PRESIÓN SACROCOXÍGEA EN PACIENTE CON FALLO MULTIORGÁNICO. ¿ES PREVENIBLE?

Carmen DUQUE DE LA ROSA
H.U.V.Macarena

RESUMEN:

Varón de 78 años que acude a Urgencias por dolor abdominal y estreñimiento de 48 horas de evolución con empeoramiento progresivo de su estado general, con los siguientes A.P.:

- FRCV: HTA,DLP.
- Fibrilación auricular permanente.
- Cardiopatía Isquémica.
- ICC clase II NYHA por IM Y HTP.
- Hemorragia digestiva alta: úlcera pilórica.
- En seguimiento por Cía General por hernia supraumbilical incarcerada pendiente de intervención.
- Medicación habitual: AAS, Edoxabán, Atrovastatina, Furosemida, Lansoprazol, Atrovent, Carvedilol, Dapagliflozina.
- Situación basal: IABVD, cuidadora principal su esposa.

Se realiza TAC de abdomen urgente y se observa obstrucción intestinal. Se indica intervención quirúrgica urgente, con posterior ingreso en UCI donde el paciente permanece 18 días ingresado por Shock séptico de origen abdominal con Fallo multiorgánico (respiratorio, hemodinámico y renal).

El paciente pasa a planta con una estancia de evolución tórpida pero lentamente favorable, ya con una lesión por presión de categoría II en región sacrocoxígea ,que progresa a categoría III por el encamamiento continuado y el mal estado general del paciente.

VALORACIÓN GENERAL :

Paciente encamado, frágil, con poca movilidad y significativo estado de desánimo.

Índice de Barthel: 5 puntos (Dependencia Total)

Escala de Braden: 12 puntos (Riesgo Alto)

EVA: 6 puntos(Moderado)

MNA: 17 puntos (Riesgo de malnutrición)

VALORACIÓN DE LA LESIÓN:

Lesión por presión sacrocoxígea de Categoría III, de tamaño 15 x 12 cm, con un 95 % de tejido esfacelar, exudado moderado de tipo amarillento, bordes irregulares y piel perilesional con dermatitis asociada a la incontinencia casi resuelta.

INTERVENCIONES (NIC) Y ACTIVIDADES: (1)

- 5240- ASESORAMIENTO. Instauración de pauta de recomendación de cura por parte de la Enfermera de Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas (EPAHCC)



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

- 3520- CUIDADO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.
- 0840- CAMBIO DE POSICIÓN. Se instauran Medidas de prevención de Lesiones por presión.
- 0740- CUIDADOS DEL PACIENTE ENCAMADO.
- 3590- VIGILANCIA DE LA PIEL.
- 5330- CONTROL DEL ESTADO DE ÁNIMO.

EVOLUCIÓN DEL CASO:

En la primera visita el paciente refiere dolor moderado , no hay consenso en la pauta de cura y no se están teniendo en cuenta todas las medidas de prevención de lesiones por presión.

Se instaura la pauta de cura por parte de la EPA-HCC , disminuyendo así la variabilidad en las curas y el uso de apósticos.

En cinco revisiones por parte de la EPA-HCC espaciadas en 4 semanas, la lesión por presión presenta una buena evolución, disminuyendo el tamaño de 15 x 12 cm a 13 x 10 cm, el tejido esfacelar estaba presente en el 95 % de la lesión, siendo ahora 40 % tejido esfacelar , el resto es de granulación y tejido de epitelización.La piel perilesional está intacta, el paciente refiere menos dolor y se encuentra más animado por la buena progresión de la lesión y más esperanzador con su recuperación.

CONCLUSIONES:

A pesar de que las lesiones por presión son prevenibles en un 95 % si usamos un protocolo adecuado, habría que analizar si este caso estaría dentro de ese 95% o en el 5% no prevenible.

Si tenemos en cuenta la edad, las comorbilidades, la polimedication y que entró en UCI con Shock séptico y un fallo multiorgánico, quizás podríamos colocarlo en el 5 % o no.

No obstante, la aparición de las lesiones por presión está íntimamente relacionada con la calidad de cuidados que enfermería y con la seguridad de los pacientes, por lo que debemos seguir trabajando para evitar la aparición de las mismas.

También destacar la figura de una EPA-HCC, como experta clínica y consultora, que en este caso sirvió para unificar criterios basados en la evidencia científica.Aportando además seguridad al paciente y a la familia.



USO DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA AMBULATORIA EN EL TRATAMIENTO DE DEHISCENCIAS DE HERIDAS

González-Ruiz, Marcos; Ansútegui Vicente, Marina; Ruiz Rodríguez, María; Leñero-Cirujano, Miriam; Martínez Quintana, Sonia

Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

La terapia de presión negativa (TPN) se basa en la aplicación de presión subatmosférica de forma continua o discontinua en el lecho de una herida, acelerando la tasa de cicatrización mediante la eliminación del exceso de fluido intersticial y la estimulación de la proliferación celular. Con el objetivo de disminuir el tiempo de estancia hospitalaria por uso de TPN, se han desarrollado múltiples dispositivos más sencillos y ligeros para favorecer su uso y manejo de forma ambulatoria.

CASO CLÍNICO

Mujer de 84 años con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y cardiopatía isquémica revascularizada con stents, que es sometida a cateterismo urgente por angina inestable vía femoral derecha. En el post-operatorio inmediato, se produce un sangrado a través de la arteria femoral común derecha, teniendo que ser reintervenida. Es dada de alta tras 11 días de ingreso, precisando un nuevo ingreso hospitalario al mes del alta, por presentar una dehiscencia de 8x5cm, con signos de infección y abundante tejido esfacelado.

Durante el ingreso, la paciente inicia tratamiento antibiótico intravenoso y curas locales con hidrogel. A los 10 días, se comenzó tratamiento local con TPN intrahospitalaria, hasta el día 28, que se procedió al alta a domicilio con TPN ambulatoria Avance® Solo. En las curas ambulatorias, se utilizó espuma de relleno reticulada y apósito de 15x15cm, junto a film de silicona de sujeción y evitación de fugas en el primer y segundo recambio. En el tercer y cuarto recambio, debido a la rápida granulación, únicamente fue necesario la utilización de apósito 15x15cm. Tras 14 días con este tratamiento, se procedió a realizar cura húmeda convencional logrando la epitelización completa a las 6 semanas del inicio de la TPN.

Conclusiones

La TPN ambulatoria Avance® Solo presenta un funcionamiento sencillo y eficaz. Con el uso de la TPN ambulatoria, la paciente pudo beneficiarse de un tratamiento ambulatorio, sin necesidad de ingreso hospitalario, reduciendo los costes derivados de la estancia hospitalaria.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR VASCULAR: EL VALOR DE GERIATRA.

Gonzalo Esparza Imas, Amaya Capon Saenz, M^a Teresa Gonzalez Gomez, Javier Ayape Amezqueta,
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

Introducción

El aumento de la esperanza de vida por un lado, y el desarrollo de técnicas endovasculares menos invasivas por otro, han llevado a la necesidad de equipos multidisciplinares para evaluar los riesgos y beneficios y las complicaciones de los pacientes que necesitan una cirugía vascular. Los equipos multidisciplinarios a través de la prevención y el tratamiento de los síndromes geriátricos y el manejo temprano de las comorbilidades frecuentes descompensadas han demostrado mejorar los resultados

Objetivos

Describir las características de los pacientes de 75 años o más, ingresados en una planta de Cirugía Vascular durante los años 2019 y 2021.

Analizar la existencia o no de diferencias en el manejo de los pacientes según hayan tenido seguimiento por geriatra

Metodología

- Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en hospitalización quirúrgica Cirugía Vascular entre enero y diciembre de 2019 y enero y diciembre de 2021.
- Características basales: Edad, sexo, comorbilidades (Índice de Charlson), deterioro cognitivo, situación funcional (Índice de Barthel), situación social al ingreso y al alta, diagnóstico al alta, prescripciones farmacológicas al ingreso y al alta y muerte a los 6 meses del alta.
- Variables de hospitalización: Duración de la estancia, tipo de cirugía, tipo de anestesia, intervención de otros especialistas, evaluación durante guardias médicas y seguimiento por geriatra.

Conclusiones

Los pacientes ingresados en una planta de Cirugía Vascular con seguimiento por geriatría fueron los de mayor edad, con más comorbilidades y una estancia más prolongada.

Existe un mayor porcentaje de muerte durante el ingreso y a los 6 meses tras la hospitalización entre estos pacientes.

Relacionada la cirugía en estos ingresos y el rango etario se producen mas amputaciones transmetatarsianas y supra/infracondilares en los pacientes seguidos por geriatra, mientras que la angioplastia u otras intervenciones (aneurismas, endarterectomía, etc.) fueron más frecuentes en el grupo de pacientes sin seguimiento geriatrico .

Este análisis puede ser el comienzo de un modelo de atención multidisciplinaria entre los equipos de cirugía Vascular y Geriatría en el hospital universitario de Navarra buscando conseguir una mejor atención en los pacientes mayores ingresados en plantas de cirugía vascular y su derivación adecuada y temprana a domicilio.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

HÁBITOS NUTRICIONALES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA: ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA

Elena Vilalta Doñate, María Soto Célix, Salvador Martínez Meléndez, Francisca García Fernández, Consuelo Castillo Castillo.

Hospital General Universitario de Castellón

Introducción: La enfermedad arterial periférica (EAP) es una enfermedad aterosclerótica que afecta fundamentalmente a las arterias de los miembros inferiores (MMII) (1). El índice tobillo-brazo (ITB) es el principal test diagnóstico no invasivo para la detección, control y pronóstico de la isquemia crónica de MMII (2). Se ha demostrado que la dieta mediterránea (Dietmed) es más beneficiosa que las dietas bajas en grasas para inducir clínicamente modificaciones en los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y marcadores inflamatorios (3), siendo además, la dieta más frecuentemente pautada en pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV) (4). Existen estudios sobre adherencia a la Dietmed y prevención de la enfermedad (5), sin embargo, no existen publicaciones que relacionen el cumplimiento de este tipo de patrón dietético con el grado o severidad de la isquemia crónica en MMII según las cifras en el ITB.

Objetivos: Analizar los hábitos nutricionales y determinar la adherencia a la Dietmed en pacientes en estadios no severos de la isquemia crónica en MMII y según sus antecedentes de ECV previa.

Material y métodos: Estudio transversal analítico llevado en el Hospital General Universitario de Castellón (HGUCS). Se realizó un índice tobillo/brazo (ITB) y se cumplimentó un cuestionario dietético de adherencia a la Dietmed de 14 ítems (MEDAS-14). Las variables categóricas se contrastaron con el test de Chi-Cuadrado y las numéricas, mediante la prueba t de Student y U. de Mann-Whitney. Para todas las pruebas se estableció un nivel de significación estadística de $p<0,05$.

Resultados: Se reclutaron 86 sujetos varones con edad media de 68,1 años y con una mediana en las cifras del ITB de 0,60. Solo un 23,9% tenía historia previa de ECV y el 88,4% de sujetos presentaban una baja adherencia a la Dietmed, independientemente de sus cifras ITB ($p=0,347$) o de la presencia o no de ECV previa ($p>0,05$). En cuanto a los grupos alimentarios del cuestionario MEDAS-14, únicamente se demostró asociación significativa con la preferencia en el consumo de carne magra (pollo, pavo o conejo) en sujetos con antecedentes previos de ECV ($\chi^2 = 8,430$; $p=0,004$; OR=12,3 IC95%: 1,6–97,9).

Conclusión: Los pacientes con isquemia crónica en MMII presentan una baja adherencia a la Dietmed, independientemente de sus cifras en el ITB o de la presencia previa de ECV. Aquellos pacientes con antecedentes previos de ECV presentaron un mayor consumo de carne magra ($p=0,004$). Se debería considerar la importancia de llevar a cabo una buena educación nutricional en pacientes con isquemia crónica en todos sus estadios, haciendo hincapié en aquellos con antecedentes de ECV, puesto que, pese a haber sufrido un evento CV en el pasado, no tenían mejores hábitos nutricionales que sus pares sin ECV.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

GUIA PARA EL PACIENTE CON TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN DOMICILIO.

Raquel Palacios Salguero, Carolina Doblas Carvajal, Maria Del Carmen Rodriguez Peral,
Guadalupe Chamizo Salcedo,
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

RESUMEN.

Introducción

Debido al aumento de la incidencia de diabetes y obesidad, se puede observar un incremento del número de pacientes con heridas complejas de mala evolución, que requieren la aplicación de medidas más amplias que las convencionales, ya que por sí misma tienen una evolución muy lenta o tórpida, consiguiendo así mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de su familiar y disminuyendo su estancia hospitalaria.

Durante mucho tiempo se ha tratado de acelerar la cicatrización de dichas heridas aplicando agentes desbridantes, antimicrobianos, factores de crecimiento o hidrogeles entre otros. En las dos últimas décadas, se introdujo como terapia complementaria la Terapia de Presión Negativa (PTN).

La PTN es una terapia flexible usada tanto a nivel hospitalario como domiciliario, y que podemos definir como modalidad física, potente y no farmacológica de cicatrización de heridas que regula su proceso a través de una acción multimodal.

Objetivos

- Aportar seguridad al paciente.
- Que el paciente identifique signos de alarmas físicos o mecánicos.
- Asegurar la continuidad de la terapia.
- Evitar desplazamientos innecesarios del paciente a su centro sanitario referente.
- Disminuir el tiempo de estancia hospitalaria.
- Disminuir el riesgo de infección relacionado con la menor manipulación de la lesión.

Metodología

Elaboración de un tríptico a partir de la revisión bibliográfica de distintos artículos en bases de datos de prestigio científico, como en bibliografía física; donde se refleja en qué consiste la TPN y aporta al paciente información necesaria para que pueda identificar el problema, tomar la decisión adecuada y actuar en consecuencia; asegurando la continuidad de la terapia y con ello una mejor evolución de la herida hasta la próxima revisión con su Epa de HC. En caso de no poder solventar el problema podrá acudir a su centro sanitario de referencia

Resultados

Tras la entrega del tríptico al alta, se observa un paciente más colaborador y menos reticente de irse al domicilio con la TPN, ya que, gracias a la información aportada,



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

disminuye la ansiedad a dicha terapia, promoviendo un paciente más resolutivo y seguro de sus decisiones para solventar problemas mecánicos y/o reconocer problemas físicos, disminuyendo la asistencia a centros hospitalarios y asegurando una mejor evolución de la lesión, un menor riesgo de infección, ya que requiere menos manipulación, y menor número de curas, disminuyendo el coste terapéutico.

Conclusiones

Actualmente, la TPN se considera un arma fundamental en el tratamiento de las heridas complejas, las cuales suponen un reto terapéutico importante, y poder asegurar una continuidad de dicha terapia en domicilio supone importantes ventajas tanto al paciente como al familiar, al profesional y al sistema sanitario.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

ÚLCERA DE ETIOLOGÍA VENOSA DE LARGA EVOLUCIÓN. LA IMPORTANCIA DE LA TERAPIA COMPRESIVA.

Isabel Hernández Maldonado, Raquel Peña Vargas, Raquel Ponce Aliste, Nuria Pagès Cadena, Marta Duran Asparó, Noemí Santos Vidal.

CAP Montilivi-Vilaroja

Resumen:

Mujer de 68 años con varias úlceras de etiología venosa de larga evolución. Antecedentes personales de DM2, HTA, obesidad mórbida e insuficiencia venosa crónica. No hábitos tóxicos. Independiente para ABVD. Después de 10 años de evolución, la paciente fué derivada a la consulta de enfermería en Abril del 2022 presentando 5 lesiones de etiología venosa (CEAP C6) en la EII zona maleolar interna de diferentes tamaños. Dolor leve con EVA de 2 que se incrementa al realizar las curas. El lecho de las úlceras presentaba tejido esfacelado, con leve exudado acuoso/turbio. Se realizaron curas con agua y jabón y fomentos con antimicrobianos. Hidratamos la extremidad y protegimos la zona perilesional con crema barrera con óxido de zinc. Aplicamos apósito de espuma para gestionar el exudado y terapia compresiva. Cabe destacar la mala adherencia por parte de la paciente al vendaje compresivo. En diferentes momentos hubo aumento de la carga bacteriana (*Klebsiella*, *P. mirabilis* y *M. Morganii*) con signos clínicos de infección, motivo por el que fue necesario el uso de antibióticos orales.

Objetivo:

Curación y cicatrización de las úlceras y prevención de nuevas lesiones.

Conclusiones:

La clave para la total cicatrización fue aplicar la terapia compresiva adecuada, que la paciente entendiera la necesidad de la misma y en consecuencia su tolerancia para obtener objetivos satisfactorios.

La terapia compresiva es imprescindible para asegurar la curación de las heridas de etiología venosa.

La educación sanitaria de la paciente frente a la insuficiencia venosa crónica mejoró la adherencia a la terapia compresiva.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

MANEJO COMPLEJO DE HERIDA EN PIE DIABÉTICO

Érika Homs-Romero, Agnès Casademont-Aradas, Angel Romero-Collado,
Institut Català de la Salut

Introducción:

La enfermedad del pie diabético es una complicación grave de la diabetes mellitus (DM), que afecta entre el 3-4% de las personas con este padecimiento en todo el mundo. La prevalencia a lo largo de la vida de padecer una úlcera en el pie para una persona con DM está entre 19-34%.

La tasa de incidencia de amputaciones mayores por 100.000 personas/año fue de 0,48 en España, en el período comprendido entre 2001 y 2015, con una variabilidad importante entre las diferentes Comunidades Autónomas.

Descripción del caso:

Hombre de 76 años con antecedentes de DM2 con mal control metabólico y glicosilada de 8,1, microalbuminuria positiva y retinopatía diabética. Presenta depresión mayor des de hace unos diez años, hipoacusia y vive solo (sin familia ni personas con relación familiar). Consulta el 20/07/2021 por presentar pie derecho enrojecido en zona distal y leve dolor. Explica que hace unos 15 días su pie presenta mal aspecto y que consulta porqué su evolución no es buena.

Valoración general y de la lesión, intervenciones y actividades, evolución del caso:

Revisión del pie diabético: No úlceras ni amputaciones previas, pulsos presentes bilaterales (pedio y tibial posterior), déficit del cuidado de los pies por suciedad interdigital y sequedad de la piel, no pérdida de sensibilidad protectora (monofilamento 10/10 en ambos pies), no pérdida de sensibilidad profunda (diapasón correcto), existencia de reflejo aquiliano, no existencia de helomas, no deformidades pero si calzado inadecuado que el paciente corta la puntera de tela para estar más cómodo con riego de lesiones por causas externas. Presenta aislamiento social, aspecto que afecta la atención y cura de sus pies.

20/07/2021: Pie derecho con edema, FOVEA 2-3, signos claros de infección: dolor, rubor, aumento de temperatura de la zona, inflamación y celulitis periumbral. Se observa lesión interdigital (entre tercer y cuarto dedo) con exudado purulento. Se sospecha de cuerpo extraño por tipo de lesión interdigital y se cursa RX para descartar osteomielitis o detectar la presencia de un cuerpo extraño.

Se realizan curas con hidrofibra de hidrocoloide ag⁺ y gasa en zona interdigital, sin presión por la celulitis perilesional.

26/07/2021: Aparición de lesión blanquecina con aumento del dolor debajo de tercer y cuarto dedo. Se deriva al servicio de Urgencias para que sea atendido por cirugía por si precisa de incisión para mejorar el drenaje purulento. Donde se realiza la RX solicitada el 20/07/2021.

27/07/2021 Evolución desfavorable con zona blanquecina por debajo de tercer y cuarto



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

dedo. Desde el servicio de urgencias se deriva a cirugía con visita ordinaria, para evitar demoras y posibles complicaciones de la infección, se decide realizar pequeña cirugía de drenaje des de la consulta enfermera y médico atención primaria. Antes de la intervención el paciente presenta una puntuación de 7 en la escala visual analógica (EVA) para el dolor. La lesión se drena de forma efectiva, con una mejoría del dolor inmediata (EVA 3).

3/08/2021 existe una mejoría de la lesión, pero se observa un punto blanquecino en la lesión que al extraerla aparece punta de planta seca (cuerpo extraño productor de la infección e inflamación). Se procede de igual forma a la cura: se finaliza el tratamiento antimicrobiano con plata y se continua con hidrofibra de hidrocoloide + espuma de poliuretano.

20/08/2021 Cicatrización completa. Aún pendiente la visita 'ordinaria' con el servicio de cirugía para valoración de la herida.

Conclusiones:

Realizar una valoración completa del pie del paciente diabético, detectar y tratar precozmente la infección de la úlcera de este paciente ha evitado que se complicara la situación y, posiblemente, pasara a engordar las cifras de incidencia de amputaciones de pie diabético en España.



ESTRECHO TORÁCICO ARTERIAL POR SINOSTOSIS DE PRIMERA Y SEGUNDA COSTILLA

Pilar Gutiérrez Vargas, Pablo Ibáñez Clemente, Elena Muntaner Riutort, Laura Ovejero Herrero, Sergio Cano Sánchez, Sonia Medialdea Lorenzo.

HOSPITAL SON ESPASES

RESUMEN

Paciente de 39 años, consumidor de cannabis, sin antecedentes médicos de interés, acude al servicio de urgencias en diciembre del 2022 por dolor, sensación de frialdad y disminución de la sensibilidad en MSD que empeora con la actividad física. Presenta cuadro de inicio súbito.

Con sospecha clínica de SIA MSD de un mes de evolución se ingresa al paciente.

Se realiza estudio hemodinámico en laboratorio vascular.

Se solicita estudio arteriográfico y se diagnostica de trombosis de arteria radial y cubital por lo que se inicia tratamiento fibrinolítico endovenoso por parte de enfermería en hospitalización.

Se valora el caso por el servicio de cardiología para descartar foco embolígeno y por el servicio de hematología para estudio de trombofilias.

Se realiza angiotac y se diagnostica de sinostosis primera y segunda costilla con estenosis de arteria humeral y se decide programar IQ bypass subclavio-subclavio + resección primera costilla.

Se da de alta al paciente con anticoagulantes orales.

El 28 enero del 2023 tras nuevo episodio de SIA MSD se IQ trombectomía humeral y troncos distales + plastia de pericardio bovino de arteria humeral derecha.

El 8 de febrero del 2023 el paciente presenta hematoma en región radio-cubital, se procede a evacuación quirúrgica hematoma y se programa para cirugía bypass subclavio- subclavio con ptfe.

El paciente es dado de alta.

Acude a urgencias por fiebre y se constata infección del parche de la intervención previa y se decide realizar bypass humero-cubital con VSI MID y retirada de parche infectado.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

FORMACIÓN Y EDUCACIÓN EN LA COMPRENSIÓN TERAPÉUTICA

Montserrat Segarra Lorente, Juana Gonzalez Perez, Marta Estevez Segarra, Teresa Domenech Moreno, Gemma Estevez Segarra.
Hospital Universitario Juan XXIII

Introducción

Las úlceras venosas pueden ser de diferentes etiologías, entre el 75 al 90% son las más prevalentes en las extremidades inferiores,

La úlcera venosa refiere dolor moderado excepto si existe infección se acentua el dolor, también causa dolor la presencia de edema que cede al elevar la extremidad, son exudativas, el aumento del exudado es signo de infección .

Son tratadas tópicamente con diferentes productos químicos que nos ayudan a la cicatrización, sin tener en cuenta (a veces por falta de conocimientos) que conjuntamente la compresión es más eficaz en el tiempo y evita recidivas.

Evitaremos la compresión Insuficiencia cardiaca descompensada Flebitis séptica Abscesos Enfermedad arterial oclusiva con isquemia con un índice tobillo / brazo <de 0,5

Ausencia o disminución de la sensibilidad de la extremidad inmovilidad o presencia de arteriopatía

Objetivo

Formar al profesional en el uso y conocer los diferentes recursos de compresión en las úlceras venosas, así como vendajes y medias de compresión terapéutica.

Que los profesionales puedan informar y concienciar a los pacientes de la importancia de la compresión y que puedan ofrecer aquella compresión más adecuada y soportable para el paciente y así evitar que las medias terapéuticas terminen olvidadas en el cajón.

Metodos:

Formación de los profesionales, educación para los pacientes, se realiza una recogida de guías y documentos basados en evidencia científica para formar a los profesionales y de esta forma beneficiar al paciente optando el mejor vendaje o media para sentirse cómodo, Crear el hábito de poner cada día la media al levantarse y retirar al acostarse

Resultados:

Son escasos los pacientes que se les aplica la compresión correcta ,

La falta de formación el desconocimiento, esto produce inseguridad al profesional en el momento de aplicar cualquier forma de compresión, cuando las recomendaciones de usar medias no se ajusta en las necesidades y comodidad para el paciente surge el incumplimiento y de aquí el fracaso del tratamiento con compresión

Conclusiones

Falta de formación a los profesionales, más recursos para facilitar las necesidades de los pacientes con úlceras venosas



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

PROGRAMA DE EJERCICIO SUPERVISADO EN CLAUDICANTES

M.T. Giménez Serrano; A. Hernández Sanfélix; M.I. Sánchez Nevárez; S. Dalmau Guivernau;

N. Garzón Bergadá; F.M. Mursia

HUP La Fe

INTRODUCCIÓN:

La **Enfermedad Arterial Periférica (EPA)** es una afección altamente prevalente, costosa y mortal. Una de sus manifestaciones es la **Claudicación Intermittente (CI)**, pudiendo llegar a ser invalidante y afectando gravemente la calidad de vida. A pesar la demostrada eficacia del **Ejercicio Supervisado (ES)**, no existe un método estandarizado y se realiza según los recursos y experiencia de cada centro.

OBJETIVO:

Valorar los resultados de un programa de ES de 8 semanas con seguimiento telefónico 3 meses en pacientes claudicantes. Parámetros objetivos: distancia máxima de claudicación (DMx) e Índice Tobillo-Brazo (ITB). Parámetro subjetivo: sensación de invalidez.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo con seguimiento prospectivo de una cohorte inicial de 36 pacientes (27[75%] hombres y 9[25%] mujeres) con una tasa de abandono de 24% (7 pacientes). Se analizan los resultados a 3 meses de 29 pacientes y a los 12 meses de 12 pacientes. Causas de abandono: 33% falta de adherencia, 33% otras enfermedades y el resto causas personales.

Criterios de inclusión: pacientes con EPA y CI confirmada a menos de 250 metros mayores de 18 años que afecte su calidad de vida. Criterios de exclusión absoluta: isquemia grado III o IV, incapacidad para completar la rutina propuesta

Se realizó una claudicometría inicial con registro de indicadores de riesgo vascular, y se elaboró una rutina individualizada en cinta rodante durante 8 semanas, con dos sesiones semanales de 30 minutos. Se realizó supervisión ambulatoria de forma telefónica durante 3 meses. Además se planificaron medidas higiénico-dietéticas.

Se realizó claudicometría a las 8 semanas (29/29), seguimiento telefónico 3 meses (29/29) y al año claudicometría de control (12/29)

Análisis secundarios: edad, sexo, tabaquismo, DM, dislipemia, medicación, eventos adversos (muerte y evento cardiovascular).

Para la encuesta satisfacción se valoraron 4 niveles de resultado: 0=peor, 1= igual, 2=mejor, 3= no claudica.

Análisis estadístico: medidas de tendencia central, desviación estándar [DS] porcentajes, para comparar datos apareados no paramétricos se utilizó la t de student. La p se consideró significativa si < 0,05.

RESULTADOS:

Factores de Riesgo Cardiovascular: tabaquismo 89.7%, 48.3% fumadores activos y 41.4% exfumadores; dislipemia 69%, hipertensión arterial 58% y Diabetes Mellitus 28%.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

Se encontraron diferencias significativas antes y después de 8 semanas en: DMx (155,86m [97,27m] vs 443,03m [118,14m]; p < 0,001), ITB extremidad afecta (EA) (0,52 ± 0,13 vs 0,59 ± 0,15; 0,22 ± 0,16 vs 0,31 ± 0,17; p < 0,001), ITB contralateral (0,88 [0,29] vs 0,94 [0,32]; p < 0,001).

La DMx se incrementó en un 284,24% y el ITB un 40,9%. No se observaron casos de eventos cardiovasculares o muerte durante el seguimiento.

A los 3 meses: ningún paciente empeoró, 9 (31%) no claudicaban, 13 (44%) referían encontrarse mejor, 5 (17%) estaban igual (encuesta satisfacción).

No se encontraron diferencias significativas en los pacientes con un ITB inicial < 0,5 (p 0,180).

A los 12 meses: 3/12 empeoró (2 fueron intervenidos), 2/12 mejoró, 7/12 seguía igual que tras finalizar el ES. Se observó que la DMx era 216% por encima de la basal aunque 24% inferior a la inmediatamente posterior al ES. El ITB basal de EA respecto al inicial era +4% pero respecto al finalizar el ES era de -8,5%. ITB basal extremidad contralateral respecto inicial bajó -4,5% y respecto al post ES -11%.

CONCLUSIÓN:

El Programa de Ejercicio Supervisado de 8 semanas seguido de supervisión domiciliaria 3 meses ha demostrado beneficio similar a otros programas y puede constituirse como un método más en el tratamiento de la Claudicación Intermitente, por sus buenos resultados y fácil reproducibilidad.

¿ES LA FORMACIÓN EN FORMATO JORNADA UN BUEN SISTEMA DE FORMACIÓN EN HERIDAS CRÓNICAS COMPLEJAS?

Puig-Gonzalez, Cristina· Paradell-Blanc, Núria· Garcia-Iñiguez, Anna· Lozano-Martí, Núria· Antigas-Tubau, Cristina· Homs-Romero, Èrica·

Institut Català de la Salut

Introducción

Según un estudio realizado en Galicia por Esperón-Güimil, JA el 89% de los encuestados indica que la variabilidad de la atención a las heridas crónicas es por déficit de formación. García-Díaz, J destaca la necesidad formativa periódica que tienen los profesionales y la importancia de la figura del enfermero consultor como medio para disminuir la variabilidad en la práctica clínica, al ser este no solo un referente en la práctica asistencial, sino también en la formación que reciben los profesionales, logrando modificar la práctica diaria hacia actuaciones basadas en la evidencia.

Objetivos

Evaluar el conocimiento previo y posterior a una formación teórico-práctica sobre heridas a los profesionales de enfermería de atención primaria de la región sanitaria de Girona.

Analizar los documentos que utilizan las enfermeras/os para la autoformación o para resolver dudas ante la curación y/o tratamiento de heridas.

Metodología:

Se ha realizado una formación teórico-práctica en formato de Jornada de 6 horas de duración. La Jornada incluía 3 ponencias teóricas con relación a la fisiopatología de las úlceras venosas, arteriales y neuropáticas, sus características y la diferenciación para su correcto diagnóstico. Además, se han elaborado tres talleres prácticos con relación al conocimiento de la técnica del Índice Tobillo-Brazo, la terapia compresiva y los desbridamientos del lecho de la herida y su piel perilesional. Se han efectuado dos encuestas a los profesionales de enfermería asistentes: la primera días previos a la formación y otra 7 días después de la formación. Se han comparado y analizado los resultados obtenidos de las 3 ediciones realizadas.

La encuesta constaba de 15 preguntas tipo test y dos preguntas abiertas sobre la utilización de material complementario para la autoayuda en la cura de heridas.

Cada pregunta tipo test tiene una sola respuesta correcta y puntúa sobre 1. La suma de ellas da la puntuación sobre un valor total de 10.

Resultados

La media de la primera edición aumentó de 7,67/10 a 8,67/10. En la segunda edición mejoró de 7,33 a 8 y en la tercera se mantuvo la misma puntuación de 8,67 en la encuesta pre/post.

Los documentos utilizados para la autoformación en curas son: el 87,3% de los profesionales refiere utilizar solo la Guía de Práctica clínica del Institut Català de la Salut. El 6,3% consulta la GPC del ICS y documentos de la GNEAUPP. Y otro % menor utiliza otros



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

documentos como la GPC de la AEEVH.

Además, para resolver dudas ante una cura el 63% consulta a su Referente de heridas del centro, un 28,3% la GPC del ICS, 6,1% a otros compañeros y un 4,6% pregunta a referentes juntamente con revisar la GPC del ICS.

Conclusiones

Se observa que cuando el conocimiento es menor, la formación aporta un buen resultado mejorando la nota media del grupo, que refleja la mejora de conocimiento.

Possible sesgo en la tercera edición ya que las preguntas pre/post eran las mismas para las tres ediciones y se desconoce si el tercer grupo ya tenía las preguntas de forma previa, lo cual podría explicar el resultado.

En la práctica diaria, los profesionales de enfermería muestran una clara tendencia a preguntar a la referente de heridas de su centro.

La GPC más utilizada es la de manejo y tratamiento de úlceras de extremidad inferior. Otros documentos mencionados son de otras asociaciones relacionadas con la cura de heridas a nivel nacional como GNEAUPP y AEEVH. A nivel internacional también se consultan los documentos del EWMA.



LESIÓN TRATADA CON APÓSITO ANTIMICROBIANO DE CAPTACIÓN BACTERIANA-GASA IMPREGNADA CON HIDROGEL.

Carolina Doblas Carvajal, Raquel Palacios Salguero, Guadalupe Chamizo Salcedo, Mª Carmen Rodriguez Peral, Laura Linares Márquez, Sofía Mercado Carmona
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

RESUMEN - Introducción

Paciente varón de 69 años de edad.

- Antecedentes personales: Diabetes mellitus II desde hace unos 30 años, con mal control metabólico, insulinizado desde hace unos 15 años. Retinopatía diabética proliferativa y neuropatía sensitiva distal. Arteriopatía periférica e ictus isquémico. Dislipemia, hipertensión arterial, claudicación intermitente, alteraciones depresivas, hombro doloroso izquierdo, glaucoma crónico.

- Intervenciones quirúrgicas: by-pass miembro inferior derecho (MID), amputación metatarsiana pie derecho (junio-2014), amputación supracondilea MID(diciembre 2021). By-pass distal femoro-tibial anterior del Miembro Inferior Izquierdo (MII) con prótesis de PTFE y vena safena invertida (Marzo-2022). Amputación supracondílea MII (Enero-2023).

- Tratamiento habitual: gabapentina, metformina, citalopram, sintrom /enoxaparina, rosuvastatina, carbamazepina, omeprazol, nebivolol, liraglutida, tresiba, pregabalina y ranolazina.

El paciente en seguimiento por isquemia crónica de miembros inferiores y amputación de ambos acude para seguimiento a consulta especializada con EPA de HCC, presentando hematoma en muñón supracondíleo izquierdo, del que se retiran grapas y se extrae coágulos; y herida quirúrgica de ingle izquierda infectada y con exudado purulento.

Procediendo por ello a ingreso para antibioterapia dirigida y curas pertinentes con apósito antimicrobiano de captación bacteriana-gasa impregnada con hidrogel.

Objetivos

Conseguir un buen control de la infección y exudado, limpieza y desbridamiento del lecho e impulsar la regeneración tisular hasta su curación.

Metodología

En primer lugar, se procede a la retirada de puntos de sutura quedando lecho expuesto para un mejor acceso, procediendo a la limpieza con suero salino y esponja de clorhexidina, de la zona inguinal.

En curas iniciales recurrimos al desbridamiento mecánico con cureta para acelerar la retirada de tejido fibrinoso y esfacelo.

Por último, utilizamos el apósito de primera elección, antimicrobiano de captación bacteriana-gasa impregnada con hidrogel. Garantizando la cura en ambiente húmedo y promoviendo el desbridamiento autolítico de herida poco exudativa y parcialmente necrótica.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

Las curas se hicieron con una frecuencia de 24 h, durante la primera semana. Una vez controlada la infección, espaciamos curas a 48h. Tras presentar tejido de granulación en el lecho, cambiamos la frecuencia de las curas a 72h hasta cierre.

Resultados

En cuarenta y nueve días de evolución con curas pertinentes y el apósito de primera elección elegido a su ingreso, se ha conseguido un buen control de la infección y cicatrización de la lesión.

Conclusión

El uso de este apósito nos ha permitido la captación de bacterias de la herida contaminada, colonizada e infectada. Favoreciendo el desbridamiento y creando un ambiente húmedo en la herida que ha promovido la cicatrización.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

USO DE SEVOFLURANO EN EL CUIDADO DE ULCERAS VENOSAS

AUTORES: Isabel Cerván Casanova¹, Laura García Cerván

1. Enfermera del CS Carihuella (Málaga)

Introducción

Las úlceras venosas en miembros inferiores representan un 70% de las heridas crónicas, siendo más frecuente en mujeres (67,2%) que en hombres (32,8%), con una tasa de recurrencia del 17% en el primer año y del 55-60% en los primeros 5 años. Proporcionan una gran disminución de la independencia de las personas que la padecen, y a su vez, la cura de dichas heridas resulta muy dolorosa, lo que les disminuye la calidad de vida, lo que ocasiona un aumento en los gastos sanitarios, constituyendo un gran problema de salud pública.

Objetivos:

Valorar el efecto positivo de analgesia con sevoflurano en las curas de úlceras venosas dolorosas.

Metodología:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Guía Salud y las bases PubMed, Cinahl, Cochrane, Google Académico, usando las palabras clave: sevoflurano, herida, manejo del dolor, úlcera cutánea, cicatrización de herida. Se incluyeron artículos publicados en los últimos 5 años, en cualquier idioma y a texto completo.

Resultados:

Se obtuvo una tesis doctoral y 18 artículos, de los cuales se seleccionaron 12 después de someterlos a lectura crítica. El sevoflurano ha demostrado poseer propiedades analgésicas, antimicrobianas y vasodilatadoras proporcionando una mayor rapidez en la cicatrización de las heridas y efectos adversos escasos en úlceras vasculares de rápida evolución. Los eventos adversos presentados fueron escozor, calor y eritema en piel perilesional, que se resolvieron protegiendo dicha zona. Se demostró que la analgesia aparece en cuestión de 2-7 minutos tras su aplicación con una duración de 8-18 horas, pasando de 9 a 2 en la escala analógica visual (EVA). Se indica la administración de 1cc/cm² de sevoflurano la superficie de la herida cubriendo la misma con film transparente o gasa impregnada en suero fisiológico por 2-3 minutos, para evitar la evaporación, protegiendo la piel perilesional y usándolo en zona ventilada usando mascarilla tanto el profesional sanitario como el paciente. Existen estudios que están trabajando en presentaciones en forma de gel que disminuyan los efectos adversos al disminuir la exposición del personal sanitario durante su uso.

Conclusiones:

La aplicación de forma tópica de sevoflurano en úlceras venosas crónicas es una alternativa segura y eficaz, pudiendo acortar el proceso de cicatrización. Su poder analgésico, unido al efecto antimicrobiano y vasodilatador provocan la disminución del uso de analgésicos y tiempo de cura, y por tanto también del gasto sanitario, mejorando la calidad de vida de los pacientes. Es necesario realizar más cantidad de estudios sobre este tema.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA ÚLCERA DE MARTORELL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Rubén Jesús Fernández Gutiérrez – R1 EFyC C.S Torre del Mar (Velez-Málaga), Antonio Javier González López - R2 EFyC C.S Velez-Sur (Velez-Málaga), Rodrigo José López Fernández – R2 EFyC C.S Carranque (Málaga)

AGS Este de Málaga-Axarquía

RESUMEN / VALORACIÓN INICIAL

Mujer de 82 años, pluripatológica y frágil. AP: DM2, HTA, IC, EPOC, FA y afectación vascular de miembros inferiores. Vive sola en casa, cuenta con 2 hijas que se turnan para sus cuidados domiciliarios. Barthel: 70. Pfeiffer: 1. Cumplidora del tratamiento.

Acude a consulta de AP presentando lesiones en región supramaleolar anterolateral de ambas piernas, con bordes irregulares e hiperémicos, de posible etiología vascular. Presenta HTA y DM2 mal controlada. Lesiones compatibles con Úlcera de Martorell (mancha roja que se vuelve cianótica, lecho isquémico, presencia de infartos cutáneos y dolor muy intenso que empeora con el descenso del miembro).

EVOLUCIÓN, INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES

Se aborda en primer lugar la HTA realizando un ajuste de la medicación para llegar a cifras de TA óptimas, se reducen niveles de glucemia con control alimenticio y aumento del uso de insulina, el dolor de la paciente se controla mediante Tramadol+Paracetamol vía oral por OM previo a curas y a nivel tópico se aplica Lidocaina. Se pautan 3 curas a la semana, realizando higiene de la herida, desbridamiento cortante, acomodación de los bordes y control del exudado y la carga bacteriana mediante el uso de apósitos (Apósitos con plata + Alginato). En la primera visita presenta lesiones de entre 3-5 cm largo por 2-4 cm de ancho, separadas entre ellas.

Tras 4 semanas, no presenta mejoría continuada, la lesión en MMID abarca más de la mitad de la región tibial lateral y la lesión del MMII presenta diámetro de 10x5cm en región tibial posterior. Se realiza interconsulta con servicio de cirugía cardiovascular, diagnosticando la lesión de Úlcera de Martorell.

Debido a la extensión de la lesión es valorada por servicio de Dermatología quién decide injerto cutáneo. Se prepara lecho de la herida para injerto en sello y se programa el mismo. Obtienen tejido sano de región de la pantorrilla derecha, realizan el injerto sin incidencias y aplican sistema de terapia de presión negativa PICO. Se realiza seguimiento domiciliario al alta.

A la retirada de la TPN presenta injertos viables, con posibilidad de evolución favorable pero gran cantidad de infartos cutáneos y región perilesional enrojecida, sugiriendo empeoramiento de la situación clínica.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

Se continúan realizando curas durante 4 semanas, donde no se obtiene mejoría clínica, presenta aumento en el tamaño de la lesión, aumento de la profundidad, exposición de tendón de Aquiles y dolor de intensidad muy elevada.

Finalmente, servicio de cirugía cardiovascular decide realizar amputación supracondilia.

Tras ser dada de alta, presentó efecto del miembro fantasma durante las primeras semanas, posteriormente pudo ganar calidad de vida, reduciéndose el dolor por completo, mejorando en todas sus esferas psicoemocionales y sin complicaciones derivadas del proceso.

CONCLUSIONES

Hacemos hincapié en:

- Uso de la mejor **evidencia y metodología específica** para este tipo de lesión
- Realizar un **control de las patologías asociadas** es fundamental (HTA y DM2)
- Realizar una **correcta higiene de la herida, desbridamiento**, acomodación de bordes y **control de exudado y carga bacteriana**.
- Realizar un **abordaje multidisciplinar**
- Uso de terapia alternativa, como es el caso del **injerto cutáneo**.

Con este caso queremos mostrar cómo abordar este tipo de lesiones (U. de Martorell) y que aun realizando un abordaje multidisciplinar y realizando los mejores cuidados que la evidencia nos brinda, la evolución de la misma puede ser tórpida y debilitante, acabando como en este caso en unos de los peores desenlaces, la amputación.



ABORDAJE A UN PACIENTE CON ÚLCERA VASCULAR DE LARGA EVOLUCIÓN

Marta Rodriguez Parrado, Lara Pérez Salido, Mariana Arrula Rodríguez

Servicio Andaluz de Salud

Paciente de 56 años, con historia de aparición de úlceras venosas desde hace 11 años, siempre en zona maleolar interna del miembro superior izquierdo.

El primer contacto con el paciente es en el mes de septiembre. Presentaba una úlcera de dos meses de evolución, de 9x7cm² que se había estado curando en un centro privado.

Antecedentes:

- Diagnóstico de insuficiencia venosa crónica profunda en MII y superficial en MID en 2017.
- Lobectomía parcial en 1999
- Hipercolesterolemia
- Insuficiencia venosa crónica C6 CEAP.

Valoración: Paciente independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Ingesta adecuada, aunque reconoce ingesta proteica escasa. Actividad física diaria de 1 hora pero sin medias de compresión. Trabaja de camarero pero lleva meses de baja debido a la frecuencia y molestia de las úlceras.

El paciente presenta una úlcera de 9x7cm² en maleolo interno de pierna izquierda, dos meses de evolución. Exudativa, no dolorosa. Tejido esfacelado.

Prurito en zona periulceral. Pulsos tibial y pedio presentes.

Piernas con signos de insuficiencia venosa: dermatitis ocre, atrofia blanca, eccema venoso. Debido a la recurrencia de las lesiones, le preguntamos tanto por la curación de

las úlceras anteriores como por el uso de las medias de compresión. Sobre estas, dice no utilizarlas por incomodidad y por la frecuencia de las úlceras. Tanto por lo que cuenta como revisando la historia clínica averiguamos que en ningún momento se le aplicó terapia compresiva en la curación de las heridas, limitándose a distintos tipos de apósticos primarios (normalmente hidrofibra hidrocoloide), con apósticos secundarios de espuma, combinándose en algunos momentos con vendaje de crepé.

Debido a eso, la actuación se centró la actuación en curar la herida a la par que le educamos en la tolerancia e importancia de la terapia compresiva, haciéndole comprender que es el tratamiento más efectivo para su patología

Intervenciones y evolución

Para seguir la evolución de la herida se realizan fotografías semanales, las cuales se adjuntan a continuación junto con la pauta de cura, la cual se realiza normalmente cada 48h, excepto una semana que se realizó diariamente.

La primera cura se realizó 28/9/22. Herida de 9x7cm² con tejido esfacelar en lecho,



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

maceración en tejido perilesional, exudado moderado abundante y prurito. Limpieza con suero salino fisiológico (SSF), se aplica óxido de zinc en zonas maceradas y fluocinolona tópica en zonas de prurito. Posteriormente apósito de alginato, compresas y vendaje compresivo bicapa.

El día 11/10 la herida presenta un tamaño de 9x6cm² y tejido de hipergranulación, por lo que se decide iniciar tto con fluocinolona tópica en el lecho durante 5 días, manteniendo el resto de la pauta.

Día 14/10, tras la finalización del tratamiento con corticoide se aprecia una herida de 5x4 cm², desaparición del tejido hipergranulado, así como presencia de tejido de granulación y epitelización. Disminución del exudado y prurito. Se mantiene cura con óxido de zinc, alginato y vendaje compresivo.

Día 26/10, la herida presenta un tamaño de 1x1cm², exudado mínimo y desaparición del prurito. Se cura con lámina de silicona y vendaje compresivo y se decide espaciamiento de las curas. Cicatrización completa 15/11.

Conclusiones

Una vez se consigue que el paciente entienda la importancia de la terapia compresiva en la curación y prevención de heridas venosas somos capaces de curar en menos de dos meses una herida de largo tiempo de evolución, con la mejora en su calidad de vida que eso supone.



MANEJO DE VENAS VARICOSAS.

Mariana Arrula Rodríguez, Rafael J Cuenca Moreno, Marta Rodríguez Parrado

Centro de Salud Ciudad Jardín

INTRODUCCIÓN

Las varices son venas hinchadas y retorcidas que pueden verse bajo la piel y aparecen frecuentemente en los miembros inferiores teniendo una prevalencia del 10% en la población. Se producen por paredes y válvulas venosas debilitadas o dañadas. Los signos y síntomas son: una o más venas abultadas y azuladas, hinchazón, sensación de pesadez y dolor en las piernas y los pies, picazón y cambios en el color alrededor de las venas, y calambres nocturnos en las piernas.

Esta patología puede derivar en complicaciones graves, como las úlceras o llagas cutáneas de larga duración, la trombosis venosa profunda, los cambios de color en la piel y el sangrado.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es conocer las alternativas de tratamiento, basadas en la evidencia científica actual, de las que se dispone para tratar las venas varicosas con el fin de mejorar la calidad asistencial.

El objetivo secundario es comprender las estrategias disponibles para minimizar complicaciones derivadas de las venas varicosas

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica mediante una búsqueda en la base de datos científica PubMed tras obtener los descriptores en ciencias de la salud. La estrategia de búsqueda fue “(varicose veins)AND(venous insufficiency)AND(treatment)”. El artículo seleccionado finalmente fue “Estrategias y desafíos en el tratamiento de varices e insuficiencia venosa” de Gao RD et al.

RESULTADOS

Según el artículo de Gao RD et al. las opciones terapéuticas actuales son, por un lado, medidas higiénico dietéticas, tales como mantener un peso saludable, realizar actividad física (el ejercicio extenuante podría empeorar las varices) y por último evitar estar sentado o de pie durante mucho tiempo. Por otro lado, existen tratamientos más específicos, donde se puede optar por medidas más conservadoras, mediante fármacos para tratar de mejorar el retorno venoso y reducir la inflamación y/o mediante sistemas de compresión, como presión externa, vendajes o medias graduadas. Además, en casos más graves o que lo precisen, se puede optar por un tratamiento más complejo como la escleroterapia, la ablación endovenosa con láser o la extracción quirúrgica.

Es preciso destacar la escleroterapia, que es un enfoque percutáneo menos invasivo y se



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

asocia con una recuperación más rápida y menos dolor postoperatorio en comparación con ablación endovenosa con láser o la extracción quirúrgica. Se trata de una técnica usada para cerrar una variz mediante la inyección de sustancias esclerosantes. Es un tratamiento que se usa asociado a medias de compresión o vendajes, que deben aplicarse inmediatamente después de su realización.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta la evidencia disponible, el tratamiento ha de ser personalizado, ya que hay que tener presentes todos los factores que rodean al paciente. Las enfermeras han de conocer todas las opciones de tratamiento para lograr así una asistencia de calidad, mediante un plan de colaboración y un abordaje multidisciplinar, si se precisara, y manteniendo una continuidad asistencial, de forma que se logren reducir las complicaciones relacionadas con esta patología.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

"CONTROL DEL DOLOR DURANTE LA CURA DE LA ÚLCERA VASCULAR; UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA".

Rafael José Cuenca Moreno, Marta Rodríguez Parrado, Lara Pérez Salido.

Centro de salud Ciudad Jardín

Introducción:

La úlcera vascular es un problema de salud con elevada incidencia en la población marcado en gran parte por las consecuencias tanto sociales, como económicas, como sanitarias que puede llegar a presentar. Afecta de gran manera a la calidad de vida del paciente generando limitaciones por distintas causas entre las que destacaremos el dolor en esta revisión.

Es básico que podamos diferenciar la causa de ésta, ya que su tratamiento será distinto según sea venosa o arterial. A pesar de esto, siempre procuraremos realizar la cura produciendo el máximo confort y trataremos de producir el menor dolor posible a nuestro paciente.

Objetivos: Analizar dentro de los posibles métodos analgésicos, cuál presenta mayor efectividad a la hora de realizar la cura de una úlcera vascular en consulta de enfermería.

Metodología:

Se realiza una búsqueda de literatura científica disponible en este ámbito utilizando los términos "Pain", "Ulcer" y "Cure", tanto en inglés como en castellano y favoreciendo el hallazgo de un documento en cualquiera de los dos idiomas. Para ello utilizamos las plataformas Pubmed, Cochrane y SciELO. Se excluyeron aquellos artículos que tuvieran más de 10 años de antigüedad. Finalmente, considerando los artículos encontrados se realizó la revisión sobre el artículo "Manejo del dolor irruptivo asociado a la cura de úlceras cutáneas".

Resultados: Entre los datos obtenidos del estudio determina que la edad media de los pacientes se situó aproximadamente en los 70 años, la mayoría presentaba sobrepeso y enfermedades concomitantes y el 50% eran hipertensos. Los profesionales que realizaron las curas eran en su mayoría enfermeras y en un 82.6% contaban con más de 10 años de experiencia.

En el control pre ensayo, el 79.8% de los pacientes recibía tratamiento analgésico para el manejo del dolor persistente. Un 49.5% tomaba no opioides, el 19.2 tomaba opioides y el 31.3 recibía ambos tratamientos. Antes de realizar la cura el 76.6% refería dolor incontrolable (EVA ≥ 4).

Durante las curas realizadas en el ensayo, un 73.4 de los pacientes con analgesia recibió opioides y el restante 27.6 no opioides. Sobre el dolor experimentado referido durante la cura del estudio, el 47.2% refirió una reducción del dolor mientras que el 41.5 no experimentó ninguna variación (la mayoría de la medición no opioide abarcaba tanto paracetamol como metamizol entre otros y la opioide principalmente fentanilo).

Según podemos extraer del estudio, aquellos que recibieron tratamiento profiláctico con



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

opioides presentaron menos dolor que el grupo comparativo (reducción en un 64.5% frente al 47%).

Conclusiones: Entre algunas de las ideas claras que podemos extraer de esta revisión, es que a pesar de que los resultados derivan a un uso de fármacos, concretamente opioides, vemos que es importante un tratamiento del dolor de manera integral.

Reivindicamos la cointervención mediante abordaje tópico o mecánico en otros casos, del dolor en el manejo de la herida (refiriéndonos además de a hidrogeles con algún tipo de anestésico, a otros mecanismos como la terapia compresiva con este fin entre una y otra cita) además del uso de ansiolíticos como abordaje de la causa psicógena del dolor.



GUÍA DE INSTRUMENTACIÓN CIRUGÍA AÓRTICA ABIERTA

Velázquez Villanueva, T.*; Toledo Tejero, O.**; Serrano Ruiz, A. ***
HOSPITAL UNIVERSITARIO QUIRON MADRID

Introducción:

La aorta es la principal arteria del organismo. Se origina en el ventrículo izquierdo del corazón y se encarga de suministrar sangre al resto del cuerpo. La localización más frecuente de los aneurismas de aorta se da en la aorta abdominal infrarrenal. El aneurisma aórtico abdominal (AAA) es una patología vascular que consiste en la dilatación de al menos un 50% del diámetro normal del vaso o un diámetro mayor o igual a 3cm. La indicación de tratamiento se da cuando el diámetro del aneurisma es mayor o igual de 5,5cm. La prueba de elección para el diagnóstico es la tomografía computerizada (TC). El tratamiento principal consiste en la colocación de una prótesis, puede ser mediante técnica endovascular o con cirugía abierta. El objetivo de la cirugía es evitar la rotura del aneurisma sustituyendo el fragmento afectado por una prótesis. A continuación, se detalla la cirugía abierta.

Objetivo:

Crear una guía práctica de consulta para la instrumentación de una cirugía abierta de AAA

Metodología:

Instrumental:

- Caja de cirugía vascular abdominal
- Separador Omni-Tract

Material fungible:

- Prótesis de aorta
- Bisturí electrico
- Aspiración
- Suturas
- Hemoclip
- Cintas vasculares

• Instrumentación de la cirugía de AAA:

- Fase de preparación: En primer lugar, se prepara al paciente por parte de anestesia. Una vez el paciente se encuentra estable y controlado, se procede a la desinfección de la zona quirúrgica y colocación del campo estéril.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

- Fase de organización: con el campo quirúrgico ya preparado, se procede a realizar laparotomía hasta llegar al intestino. En este momento se prepara el separador Omni-Tract y se coloca para retraer el paquete intestinal. A partir de aquí, se diseña y controla el cuello proximal del aneurisma así como las ramas que pueden verse afectadas, como puede ser el caso de las arterias renales (se debe contabilizar el tiempo de clampaje para evitar el daño del parénquima).
-
- Fase de control: en el momento en el que se tiene el aneurisma localizado y todas las ramas están pinzadas, se abre el aneurisma utilizando el bisturí de Pott, se limpia la arteria, las paredes de ésta y se localizan las partes sanas en las que se va a suturar la prótesis a modo de bypass.
-
- Fase final: se sutura la prótesis al cuello proximal y distal, se comprueba que no existen fugas y se cierra por capas empleando diferentes suturas.

Conclusión:

A pesar de que es una técnica que está en desuso hoy en día debido al avance de la cirugía endovascular, existen diversos factores determinantes en el paciente (localización y anatomía del aneurisma, edad del paciente, función renal, cardiaca y respiratoria) por los cuales está indicada la cirugía abierta convencional, es por ello, por lo que se decide crear esta guía de referencia.



TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA FEMORO-ILIACA-CAVA IZQUIERDA POSTPARTO.

Olivia Toledo Tejero, Alfredo Serrano Ruiz, Teresa Velázquez Villanueva, Adrián Fuentes Agundez.

HOSPITAL UNIVERSITARIO QUIRON MADRID

Resumen:

Paciente de 35 años que, al segundo día postparto, cursa con edema y dolor miembro inferior derecho izquierdo, el diagnóstico con ECO-DOPPLER concluye con una Trombosis venosa Íleo- Femoral Miembro inferior izquierdo y abdominal lo que se denomina Síndrome de May Thurner, estenosis de la vena iliaca común izquierda en el cruce con la arteria iliaca común derecha.

Objetivos: Tratar la trombosis con anticoagulación y realizar una trombectomía mecánica percutánea (aspirar el trombo).

Método: Sometemos a la paciente a diversas Cirugía endovasculares bajo anestesia general.

1. Trombectomía mecánica de trombosis venosa femoro-iliaca izquierda. Durante la intervención se observa trombo reciente en el eje ilíaco y trombo con aspecto más antiguo a nivel de vena femoral común que no es posible aspirar y se decide realizar una dilatación intratrombo con balón de angioplastia. En el resultado de este procedimiento se observan tanto flebográficamente como con Eco-Doppler restos de trombo no oclusivos a nivel de femoral común y confluencia iliaca, no se coloca Stent venoso por riesgo de trombosis.

2. La paciente está en tratamiento con anticoagulantes orales durante un año, se programa de nuevo para cirugía y colocación de Stent venoso femoro-iliocava izquierdo (Estenosis vena iliaca común izquierda en cruce con arteria iliaca común derecha (2 mm VS 10.8 mm). Se decide en sesión clínica realizar un IVUS (ecografía intravascular) para la elección intraoperatoria del sitio correcto para la implantación del Stent, optimizando de este modo el resultado.

Resultados: Ilio-cavografía y eco-Doppler intravascular (IVUS) Femoro-Ilio-cava izquierdo concluye con femoral común y eje ilíaco-cava permeables sin estenosis, Stent ilíaco en tercio medio hasta vena cava inferior permeables y sin estenosis significativas.

Conclusiones: Paciente asintomática, sin edema en MMII, eje femoropoplíteo permeable, pulsos fásicos y diámetro cruce 10,6 mm en el cruce con arteria iliaca común derecha.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

GUÍA DE MONTAJE Y FUNCIONAMIENTO DE CATETER DE TROMBECTOMIA ROTAREX®S

Olivia Toledo Tejero, Alfredo Serrano Ruiz, Teresa Velazquez Villanueva, Adrian Fuentes Agundez.

HOSPITAL UNIVERSITARIO QUIRON MADRID

Introducción:

La trombectomía mecánica se presenta como una alternativa mínimamente invasiva para tratamiento de eventos trombóticos agudos y crónicos en territorios vasculares arteriales, venosos e injertos protésicos. Se puede definir como la extracción o eliminación de trombo mediante un dispositivo mecánico; El ROTAREX®S es un sistema de arterectomía y trombectomía arterial periférico que se utiliza para oclusiones agudas o incluso crónicas de los vasos, Stent (luz intrastent ocluida), acceso de diálisis y bypass.

Objetivo:

El objetivo es la eliminación y aspiración del material que ocluye el vaso o el Stent

El dispositivo permite realizar cuatro funciones:

- 1- Separa el material que obstruye el vaso o el Stent (1 cm /seg).
- 2- Aspira el material desprendido desde el cabezal del catéter.
- 3- Fracciona el material aspirado.
- 4- Elimina el material aspirado fuera del paciente.

Metodología:

Una vez valorado el caso se selecciona el calibre del dispositivo, pues existen diferentes medidas dependiendo del tamaño del vaso a tratar. 6, 8 y 10 FR (FRENCH).

Instrumental:

1. Consola o unidad de control: Es el dispositivo externo no estéril al que se enchufa el motor. Se acciona mediante un pedal o de manera manual.
2. Motor o pieza de mano: Este dispositivo es enfundado de manera estéril.
3. Caja o set de aspiración: Incluye una bolsa colectora, una guía de 0.18, una funda estéril y el cabezal que se inserta al motor.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

Montaje del ROTAREX®S

Fase de preparación:

- Encendido de consola y conexión de la pieza de mano o motor,
- Enfundado estéril de la pieza de mano y acople de bolsa colectora
- Purgado de sistema de catéter guía o pieza de mano se realiza ocluyendo ambos orificios del cabezal con los dedos, con una jeringa 20cc de suero salino fisiológico (SSF) con Heparina. (1000 U.I. en 500 ml se SSF) se inyecta el suero heparinizado hasta comprobar que sale suero por la parte distal de la pieza de mano.

Fase de organización:

- El número de FR de elección ha de ser de un número mayor, de este modo el catéter guía entrará con soltura y permitirá un movimiento sobre la guía de distal a proximal y viceversa sin fricciones forzadas.
- Dependiendo de la zona a tratar (vasos con material oclusivo largos, flujos retrógrado etc.) se puede conectar un sistema de suero a presión desde el introductor (5.000 U. I Heparina en 500 ml de SSF) permitiendo así fluidificar el contenido que aspira el catéter y aumentando el flujo del vaso que se podría encontrar limitado por el propio catéter guía.

Fase de control:

- Verificación del purgado (aspiración) del catéter con la guía en un capsula con SSF heparinizado.
- Verificación de la recolección eficaz de la aspiración, se coloca la bolsa colectora más baja que el nivel del paciente facilitando así su recogida a caída libre.
- Dispondremos de una capsula con SSF heparinizado para purgar y una jeringa de cono ancho par desobstruir el canal de la bolsa colectora si fuese necesario.

Fase final:

- Purgado del dispositivo con la guía dentro hasta que el contenido del receptor salga sin restos hemáticos.

- Apagado y se desconexión del cabezal del motor o pieza de mano.
- Desenfundado de pieza de mano para su limpieza y colocación dentro del maletín o caja.

Conclusión: Una vez finalizado el procedimiento mecánico de trombectomía se procederá a la confirmación de fragmentación y aspiración mediante angiografía y se continuará con el procedimiento al paciente que puede ser una angioplastia con balones de los vasos, colocación de Stent si el caso así lo permite y procede u otra intervención dependiendo del resultado final.

HERIDA COMPLEJA EN MIEMBROS INFERIORES POR ASTA DE TORO.

Sandra Giao Varela, Mihaela Florea, Mariana Carrero Martín, Nerio Benito Mariscal, Paula Fernández Villegas Hospital Universitario Quirónsalud Madrid

Resumen: Las heridas por asta de toro, comunes en nuestro país por la afición al toreo, presentan características especiales por el elevado grado de contaminación y los destrozos tisulares que ocasiona el asta del animal debido a los movimientos durante la embestida.

Presentamos el caso de un paciente atendido en el Hospital Quirónsalud Madrid:

Varón de 63 años que acude a urgencias en ambulancia por múltiples cornadas en miembros inferiores. El paciente se encuentra con GCS 15. Se observan heridas complejas contusas en ambas regiones inguinales, que se extienden de región anterior a región media-posterior con afectación de mulos y de planos profundos.

El paciente ingresa a cargo de traumatología por heridas complejas sin compromiso vascular para posterior intervención quirúrgica. En quirófano se realiza un lavado profundo de las heridas, con Betadine, suero y agua oxigenada. La herida de MII se encuentra más comprometida, con sangrado activo de dos ramas de la vena iliaca, las cuales se ligan. A demás al presentar 2 cornadas en dicho miembro, ambas se unen, utilizando la parte sobrante del colgajo para cubrir posteriormente la herida, suturando la musculatura, con su plano fascial y realizando así un cierre sin tensión. Por otro lado, la herida de MID es más superficial, pero con pérdida cutánea. Tras la limpieza y retirada de esfacelos, se realiza una sutura sin tensión, pero no es posible el cierre completo.

Posteriormente es trasladado a la planta de cirugía donde el paciente evoluciona favorablemente y a la semana de ingreso, recibe el alta a domicilio. A partir de este momento, será la enfermera de la consulta de curas, quien lleve el seguimiento de este paciente.

La importancia de este caso radica en la complejidad a la hora de la realización de las curas de ambos miembros por parte del personal de enfermería responsable de este servicio.

A las dos semanas de empezar las curas, el paciente rechaza el colgajo y desarrolla una infección en MII. Se intenta preservar lo máximo posible, pero finalmente hay que retirarlo por falta de irrigación de sangre en la zona. Por otro lado, la herida del MID se necrosa



teniendo que desbridar el tejido muerto. A partir de ahí, se valoró e inició la terapia de presión negativa (PICO) en ambas heridas quirúrgicas por la salida de exudado seroso de gran cantidad. Decidimos espaciar las curas cada 48h para mejorar la eficacia de la terapia y que el exudado sobrante se acumulase en el apósito. Durante el mes que duró el tratamiento, realizamos las curas de ambas heridas con suero y Prontosan Gel, reforzando los bordes del apósito con adhesivo para evitar que se pudiese despegar al iniciar la terapia.

La terapia fue exitosa y al mes ambas heridas quirúrgicas presentaban tejido de granulación y buen aspecto. Iniciamos los lavados con Prontosan y la aplicación de Mepitel, reforzándolos con un apósito y un vendaje.

A los tres meses de la cirugía la herida del MII se encontraba completamente cerrada, mientras que la del MID presentaba una pequeña apertura de buen aspecto.

Debido a la buena evolución citamos al paciente en un mes para valorar ambas heridas quirúrgicas y la posibilidad de darle el alta. Estas se encontraban cerradas con buen aspecto.



ABORDAJE DE HERIDA CRÓNICA COMPLEJA EN PACIENTE JOVEN

Eva M^a Ruiz Coronado, Miriam Velasco Calahorro, Remedios Madueño Meléndez, M^a Rocío Gil Pérez, Raquel Eufrasia Mesa Hidalgo, Isabel Carnero Barba.

Centro de Salud Cártama Estación (Málaga)

Varón de 38 años de edad, obeso (IMC = 37.8), fumador y sin patologías de interés conocidas.

Que, en enero de 2016, sufre accidente de tráfico y en consecuencia fractura subtrocantérea de fémur y 1/3 medio peroné de miembro inferior izquierdo (MII).

Tras antecedente de tromboflebitis, en 2018, en 2019 debuta con lesión en región supramaleolar del mismo miembro, que cursa con dolor intenso, sufrida a consecuencia de caída accidental.

Es valorado por su enfermera del centro de atención primaria (AP) de referencia, que describe edema en MII y úlcera con sospecha de origen venoso, ya que mantiene pulsos conservados, de unos 3 cm de diámetro, poco exudativa y con bordes irregulares. Se realiza seguimiento de las curas en consulta viéndose interrumpida la asiduidad de las mismas durante el periodo de Covid-19. En este periodo realiza las curas su mujer con asesoramiento telefónico de su enfermera y revisión presencial periódica.

Debido a la evolución tórpida de la úlcera y cultivos repetidos que revelan colonización por *Staphylococcus aureus*, en octubre de 2020 es derivado y valorado en consulta de Angiología y Cirugía Vascular donde la exploración describe herida crónica compleja (HCC) con fondo de fibrina, placa eritematosa circundante y edema distal. Indican seguimiento en dicho hospital, y curas con apósito antimicrobiano impregnado en plata y medias de compresión.

El seguimiento hospitalario desvincula al paciente de AP hasta octubre del 2022, que acude después de más de año sin seguimiento hospitalario. A partir de esa fecha se regulariza el abordaje de la HCC por su enfermera que realiza intervención educativa individualizada para mejorar la adherencia del paciente y decide derivar a Enfermería de Práctica Avanzada de Heridas Crónicas Complejas (EPA-HCC) del distrito sanitario.

Se registran diversas valoraciones, realizadas por su enfermera y EPA-HCC en botón rojo de “Valoración Cutánea. Gestión de heridas crónicas”, e Índice tobillo-brazo (ITB) de 1,41. En

febrero 2023 se describe úlcera con etiología venosa, estadio 4, no fistulizada, con piel perilesional en descamación, escala Resvech 2.0 = 13 y dolor en las curas (EVA=5). Se decide en consenso, realizar curas cada 48 horas, con pauta de limpieza de la lesión con solución salina, fomentos con Polihexanida durante 15 minutos, aplicación de gel lubricante con lidocaína sobre la herida para control del dolor, desbridamiento cortante con cureta y aplicación de pasta de óxido de zinc en la zona perilesional. En el lecho de la herida se coloca apósito antimicrobiano (reduce la carga bacteriana) + hidrogel (aporta humedad y promueve el desbridamiento) + alginato, y se complementa con terapia compresiva de 2 capas.

En marzo de ese mismo año el registro define úlcera venosa en estadio 2, no fistulizada, con piel perilesional integra y prurito. Escala Resvech 2.0 = 5 manteniendo mismo nivel de dolor en las curas. Se realizan las mismas intervenciones sobre la lesión con cambio de apósito compuesto por colágeno y alginato cálcico y, terapia compresiva.

Actualmente, la úlcera ha evolucionado favorablemente. Presenta tejido de epitelización y piel perilesional integra. Continuando curas cada 48-72 horas.

Concluimos que la terapia compresiva de 2 capas ha acelerado el proceso de cicatrización de la HCC influyendo de forma positiva en los aspectos psicosociales del paciente y mejorando la adherencia al tratamiento. La colaboración enfermera referente y EPA-HCC ha sido fundamental para la buena evolución.



EFICACIA DE LA HIGIENE DE LA HERIDA EN EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN

Mª de los Ángeles Rodríguez Ruiz, Cristina Lillo Megino

Unidad Docente Multiprofesional de AFyC Distrito AP Málaga-Guadalhorce

Descripción del caso: Paciente de 74 años. Diagnosticada de HTA en 2015, controlada con medicación oral (Enalapril 20mg/ hidroclorotiazida 12'5mg) y hábitos dietéticos. Vive sola, es independiente para las AVD. Acude a la consulta de su enfermera tres semanas después de que se produjese una lesión por rascado en el miembro inferior derecho.

Valoración general y de la lesión: En el miembro afectado se observan dermatitis ocre, varices, atrofia blanca, presencia de pelo, pulsos presentes y repleción capilar normal (< 4 segundos). Anteriormente había tenido 2 úlceras vasculares en el mismo miembro inferior. Dolor elevado durante las curas (EVA 8). Se localiza en el maleolo lateral interno del miembro inferior derecho. Se produjo por rascado. Piel perilesional levemente descamada, bordes engrosados, lecho con esfacelos adheridos, exudado moderado. ITB 1,12.

Intervenciones y actividades: Teniendo en cuenta los datos adquiridos en la valoración, se orienta el diagnóstico hacia una úlcera de etiología venosa sin afectación arterial. Se explican recomendaciones de cuidados para mejorar la patología venosa, como el mantenimiento de la terapia compresiva (baja adherencia a las medias de compresión) y la importancia de caminar diariamente. El abordaje de la lesión se realizó siguiendo las recomendaciones del Consenso Internacional de la Higiene de la Herida, realizando limpieza de la herida y la piel perilesional, desbridamiento cortante con cureta para eliminar el tejido desvitalizado, acondicionando los bordes para mantenerlos en línea al lecho de la herida y aplicando apóstos antimicrobianos. Se aplica crema emoliente en la piel perilesional. Junto a esto, se aplicó un vendaje multicomponente de corta tracción de 40 mmHg. Debido al dolor que refiere la paciente durante las curas, se aplica anestésico tópico sobre el lecho, permitiendo así el desbridamiento óptimo.

Evolución: La paciente acudió al centro de salud para realizar las curas inicialmente 3 días a la semana, algunos días que faltó realizó la cura en su domicilio. Desde la aparición de la lesión hasta el momento actual, se realizó un cambio en el apósito antimicrobiano que se estaba utilizando por estancamiento de la evolución, pasando de un apósito DACC a una lámina de pasta iodada.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

Conclusión: Es gran importancia realizar una valoración integral del paciente y no centrarnos solo en la lesión, pudiendo llegar así al diagnóstico correcto que permita enfocar el tratamiento hacia la etiología de la lesión. En el abordaje de las úlceras de etiología venosa, es fundamental la aplicación de forma correcta de terapia compresiva como uno de los pilares para alcanzar la cicatrización completa.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

EFICACIA DEL ÁCIDO ACÉTICO COMO ANTISÉPTICO EN HERIDAS CRÓNICAS INFECTADAS: UNA REVISIÓN NARRATIVA POR PARES.

Enrique Cana Benítez, Guillermo Vera Vicioso

Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Distrito Málaga-Guadalhorce.

Introducción

El uso del ácido acético (AA) aparece en textos de la Antigua Grecia de Hipócrates como sustancia presente en el vinagre común, que era utilizado de manera terapéutica. En la literatura reciente parece ser prometedor al relacionarlo con el tratamiento de heridas infectadas por *pseudomonas aeruginosa* (PA), que es la especie más común de *pseudomonas* y que coloniza a más del 50% de las personas. Este patógeno oportunista y potencialmente virulento presenta una alta resistencia a muchos antibióticos.

Objetivos

Objetivo general: Conocer la efectividad de la aplicación de AA en heridas crónicas infectadas como abordaje antimicrobiano.

Objetivos específicos:

- Esclarecer la seguridad clínica y la citotoxicidad del AA en heridas crónicas.
- Determinar la concentración y el formato de aplicación del AA utilizado más frecuentemente para reducir la variabilidad clínica.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica por pares de la literatura existente. Como bases de datos se utilizaron PubMed, TripDatabase, Biblioteca Cochrane y Lilacs. Se realizaron búsquedas con las palabras clave Acetic acid, Wound, Ulcer, *Pseudomonas*, Irrigation y Dressing, aplicando filtro de antigüedad máxima de 5 años, excepto en TripDatabase.

Los criterios de inclusión fueron: revisiones sistemáticas, metaanálisis, guías de práctica clínica, ensayos aleatorizados, ensayos observacionales y series de casos.

Como criterios de exclusión se establecieron los siguientes: estudios con animales, ensayos *in vitro*, enfoque diferente a lesiones cutáneas, literatura gris, aquellos estudios donde no se analiza el efecto del Ácido acético, protocolos de estudio y estudios con plantas.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

Se realizó una búsqueda y cribado por pares con cegamiento de los artículos obtenidos, llegando a un consenso entre ambos revisores en caso de conflicto.

Resultados

Se obtuvieron 932 artículos, incluyéndose 8 estudios para su análisis. Los artículos incluidos se componen de 2 series de casos, 1 consenso de expertos, 1 ensayo clínico aleatorizado, 1 revisión narrativa, 1 revisión sistemática, 1 ensayo controlado no aleatorizado y 1 estudio cuasiexperimental.

Existe consenso en la efectividad del AA como antimicrobiano, especialmente frente a PA y *Staphylococcus aureus*. Dos ensayos clínicos determinaron una resolución de la infección por PA 7 días antes que el grupo control y otro demostró su no inferioridad frente a antibioterapia sistémica.

En cuanto a seguridad, una revisión sistemática detectó que concentraciones >2% causaron dolor y ≥5% ardor, pudiendo causar quemaduras. No se detectaron resistencias, sensibilizaciones, contraindicaciones ni riesgo sistémico

La concentración más utilizada fue del 1%, seguida del 0,25%. El formato más generalizado es el fomento con gasas (6 estudios), utilizándose también irrigación e inmersión.

Conclusiones

La literatura revela una buena efectividad del AA como antiséptico, especialmente frente a bacterias multirresistentes como la PA. Además, presenta otros efectos beneficiosos para el cierre de las heridas al favorecer la acidificación del medio. No se detectaron contraindicaciones, aunque sí se aparecieron efectos adversos como quemaduras, especialmente en población pediátrica, o dolor a concentraciones ≥5%. Se deben asociar estos hallazgos a los costes significativamente inferiores que conlleva un tratamiento con AA frente a otros antisépticos y materiales utilizados para las curas de heridas crónicas. El formato utilizado más frecuentemente fue el fomento de AA al 1% en gasas saturadas, pero existe gran variabilidad clínica a la hora de utilizarlo como antiséptico en heridas crónicas, ya sea por su concentración, tiempo de aplicación o espacio entre curas.

Se ha detectado escasez de estudios de calidad, especialmente ECAs con tamaños muestrales aceptables. Sería de gran interés el desarrollo de más evidencia de calidad en este tema, con el objetivo de estandarizar el método de aplicación de este producto.



VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA SECUNDARIA A COVID-19.

Lara Pérez Salido, Mariana Arrula Rodríguez, Rafael Jose Cuenca Moreno
Centro de Salud El Consul

Las vasculitis cutáneas son procesos inflamatorios a nivel de la pared de los vasos de la piel. La vasculitis leucocitoclástica es la causa más frecuente de vasculitis cutánea en la práctica clínica. En ocasiones puede asociarse a determinadas infecciones.

Presentamos a propósito el caso de nuestro paciente varón de 72 años con antecedentes de interés EPOC GOLD IV agudizador con cor pulmonale e hipertensión pulmonar grave secundarias. Enfermedad renal crónica estadio II atribuida a abuso de AINES.

DABVD. Vive con su mujer (cuidadora principal) en un piso bien acondicionado sin barreras arquitectónicas.

Acude a urgencias por aumento de la disnea en reposo. Se realiza PCR SARS COVID 19 con resultado positivo. Es ingresado en planta de neumología. Durante su ingreso presenta púrpura palpable en miembros inferiores, más acentuada en pies. Se realiza biopsia siendo el resultado de esta cuadro compatible con vasculitis leucocitoclástica en posible relación con la infección actual por COVID. Se inicia tratamiento con corticoides oral y de forma tópica en la vasculitis. Al alta a domicilio mejoría progresiva de la vasculitis.

Acudimos a domicilio para retirada de puntos de las lesiones que se biopsiaron. Se realiza seguimiento dejando vasculitis prácticamente resuelta.

Nos avisa cuidador principal por empeoramiento de la vasculitis. Se realiza visita conjunta enfermero y médico de familia donde decide derivar a urgencias. Realizan hoja de interconsulta a dermatología que continua con mismo tratamiento que se dejó en su primer ingreso y alta a domicilio.

Tras varios días la vasculitis siguen empeorando a pesar del tratamiento y aumenta el dolor. Algunas lesiones comienzan a ulcerarse. Se decide la derivación a EPA HC DS Málaga-Guadalhorce y se realiza visita domiciliaria conjunta para valoración. Se evidencian lesiones con aspecto de necrosis cutánea en ambos MMII.

Las lesiones presentan una extensión mayor de aproximadamente 60 cm² en MID y de unos 50 cm² en el izquierdo. Se tratan de escaras de pequeño espesor en gran parte de ellas. Presenta zona maloliente, en zona de punch de biopsia realizado en zona anterior metatarsal de pie derecho. Además de las lesiones con presencia de escara, presenta bordes violáceos compatibles con vasculitis y zonas satélite que presentan flictenas con contenido hemático y fondo desvitalizado. Se exploran pulsos, presentes en ambas femorales, poplíteas, tibiales y pedía izquierda, excepto en la arteria pedía derecha, que presenta muy baja intensidad. El EPA nos indica: Limpieza con suero de las piernas, aplicar corticoides tópicos en la zona perimetral de las escaras, desbridamiento del techo de las



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

flicturas que aparezcan, uso de apósticos de plata nanocrystalina y alginatos de apósticos secundarios.

Y en caso de mala evolución se podría valorar enviar al paciente por urgencias del HUVV para que Cirugia Vascular lo valore.

Tras el seguimiento de curas indicado por el EPA, en una semana aumenta el dolor y la inflamación del miembro derecho, por lo que consultamos con el EPA y nos indica derivación a URG HUVV para valoración por cirugía vascular urgente.

En HUVV se encuentran sobreinfección polimicrobiana: bacteriemia por MARSA y aislamiento de Enterobacter cloacae en exudado de úlceras. Se comienza con antibioterapia empírica. Al alta lesiones cutáneas en regresión y dolor controlado.

Una vez en domicilio retomamos curas, con progresión, lenta pero con disminución del dolor.

Tras unas semanas nuestro paciente fallece en su domicilio debido a complicación de sus enfermedades crónicas ya muy avanzadas.

Para nuestro EBAP ha sido un reto este caso, y nos ha forzado a formarnos en un tema que desconocíamos, y que seguro que nos ayudará a lo largo de nuestra carrera profesional.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

ABORDAJE DE UN CASO DE GANGRENA DE FOURNIER DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

Rodrigo José López Fernández - R2 EFyC C.S. Carranque (Málaga)

Antonio Javier González López - R2 EFyC C.S. Vélez-Sur (Vélez-Málaga)

Ruben Jesús Fernández Gutiérrez - R1 EFyC C.S. Torre del Mar (Vélez-Málaga)

Breve descripción del caso (datos clínicos del paciente, antecedentes)

El paciente a estudio es un varón de 54 años, intervenido 3 semanas atrás por “gangrena de Fournier”. Entre sus antecedentes destacamos obesidad, diabetes tipo 2 con terapia bolo-basal, problemas circulatorios (actualmente en seguimiento por Cirugía Vascular) y dificultades para realizar su autocuidado. Vive solo en un 2º piso, con imposibilidad de acudir al centro de salud, ya que la herida presente le impide desplazarse del domicilio.

Valoración general y de la lesión

La gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante que afecta principalmente al área genital y/o perineal, cuyo riesgo de mortalidad puede llegar al 80% si no se realiza un abordaje adecuado. Es una patología de rara aparición, que suele darse más frecuentemente en hombres de mediana edad. Entre sus principales factores predisponentes nos encontramos la diabetes, obesidad, alcoholismo, patología vascular periférica, etc.

Centrándonos en este caso, su enfermera referente nos pidió que acudiéramos a valorar al paciente al domicilio, alegando que su evolución se ha paralizado con respecto al avance inicial. Comenta que el individuo no hace caso de las recomendaciones de enfermería y que se muestra reacio a que se modifique la pauta de cura que le indicaron los cirujanos tras la intervención.

Al llegar al domicilio y valorar al paciente, nos encontramos con una zona de pérdida de sustancia en región testicular de unos 4 cm, con presencia de esfacelos y exudado escaso. Refiere no sentir dolor durante las curas, pero le preocupa que la herida no se esté resolviendo.

Intervenciones y actividades

Tras la visita, se realizó una búsqueda bibliográfica para encontrar un abordaje acorde a la evidencia científica más actual, además conseguir que el paciente confíe en el equipo de enfermería.

Con todo esto, se definió la siguiente pauta de curas, a realizar 3 veces a la semana en días alternos:

1. Limpieza con suero fisiológico + aplicación de polihexanida en gasa estéril durante 5 - 10 minutos + desbridamiento con dicha gasa.
2. Aplicación de apósito de Cloruro de Diaquilcarbamilo (DACC).



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

3. Colocación de apósito secundario hecho con gasas estériles y cinta adhesiva impermeable.

4. Aplicación de óxido de zinc en área perilesional para evitar maceración por sudoración de la zona.

Durante todo el proceso se hizo partícipe al paciente de sus cuidados: primero, se pidió su consentimiento para realizar el cambio de pauta y poder fotografiar el seguimiento. Después

durante cada visita de enfermería, se le explicaba cada día el proceso a seguir, qué productos se estaban utilizando y para qué servía cada uno, la evolución conseguida y se resolvían las dudas generadas. Toda esta información quedó registrada en la Historia Clínica del paciente.

Evolución del caso

Antes de realizar nuestra intervención, teníamos a un paciente cuya evolución se había estancado, y que se había vuelto reacio a las recomendaciones de los profesionales sanitarios.

Sin embargo, tras la instauración de la nueva pauta de curas y de educar y empoderar al sujeto en su proceso de salud, en pocos días conseguimos reducir la formación de esfacelo, disminuir la extensión de la herida, favorecer la cicatrización, y lo más importante, mejorar su autocuidado y satisfacción con el tratamiento y la atención enfermera.

Conclusiones

La enfermería es un pilar esencial para el abordaje de los problemas de la comunidad, siendo necesario aumentar la cantidad y calidad de formación de dichos profesionales, sobre todo para actuar para el bienestar del paciente siguiendo la evidencia científica más actual.



¿EL USO DE LA TERAPIA DE LUZ DE BAJO LÁSER ES EFECTIVA EN LESIONES VENOSAS?

Antonio Javier González López - R2 EFyC C.S Velez-Sur (Vélez-Málaga)

Rubén Jesús Fernández Gutiérrez – R1 EFyC C.S Torre del Mar (Vélez-Málaga)

Rodrigo José López Fernández – R2 EFyC C.S Carranque (Málaga)

Introducción

La lesión venosa es una herida crónica muy prevalente en la actualidad. La mayoría de éstas suelen curar al año, pero están algunas que llegan a perdurar en el tiempo.

El tratamiento conveniente actual conlleva la combinación de apósticos con la terapia compresiva, pero hoy en día existen otros tratamientos como la terapia de luz de bajo láser. La terapia de luz de bajo láser es un tratamiento alternativo, el cual, con la irradiación a los tejidos, suscita los efectos fotoquímicos, modificando así la conducta de la célula para reparar los tejidos. El mecanismo de acción empieza en el instante en el que irradia la lesión (fotorecepción) y sigue hasta que haya un efecto evidente (fotorespuesta).

Se presentan evidencias en lesiones por presión y de pie diabético, de que la terapia de luz de bajo láser puede facilitar la re-epitelialización en las lesiones crónicas, acelerar la curación y reducir el dolor. Sin embargo, en lesiones de etiología venosa hay poca evidencia del efecto de La terapia de luz de bajo láser.

Objetivos

- Investigar si existen evidencias significativas sobre uso de la terapia de luz de bajo láser en lesiones de etiología venosa.

Metodología

◦ Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de diferentes bases de datos: Pubmed, Cochrane y Tripdatabase; a través de los siguientes términos con sus respectivos operadores boléanos: laser therapy and wound healing and venous ulcer. Los filtros utilizados fueron: cinco años, ECAs, revisiones sistemáticas y metaanálisis.

Resultados

- Se encontraron 7 artículos acerca del uso de la terapia laser en lesiones venosas, de los cuales, se escogió uno y se le realizó una lectura crítica.

- El artículo trata de un ECA de 40 personas, divididas entre un grupo intervención (uso de la luz de bajo láser como tratamiento coadyuvante) y un grupo control (tratamiento convencional de la herida) durante 16 semanas. Es un diseño a doble ciego donde existe un análisis por intención a tratar y similitud de las variables entre ambos grupos.

- Se calculó la incidencia de ambos grupos (grupo intervención 0,697 y grupo control 0,358),



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

para poder saber el riesgo relativo (0,513), la reducción relativa del riesgo (0,487), la reducción absoluta del riesgo (0,339) y el número necesario a tratar (2,94). Este último dato hace ver que, para que una lesión cicatrice más rápido es necesario tratar a tan solo tres personas.

Conclusiones

- No solo se ha comprobado que reduce el tiempo de cicatrización de la lesión, sino que también favorece la granulación, disminuye el tamaño y reduce el exudado de la lesión.
- Es una terapia coadyuvante al tratamiento principal como puede ser la terapia compresiva.
- Existe más beneficios que riesgos en el paciente.
- Reduce el número de frecuentación del paciente a la consulta.



EFFECTIVIDAD DEL VAC EN FASCIOTOMÍA MÚLTIPLE TRAS SÍNDROME POST REVASCULARIZACIÓN

Gonzalo Esparz Imas, Alba Beitia Gonzalez, Jaione Sarries Narvaiz
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

- **Resumen:**

Varón de 49 años. Sin AP de interés: no FRCV, no fumador, bebedor ocasional. Derivado por su MAP acude a Urgencias por dolor intermitente "tipo calambre", que inicia a nivel glúteo izquierdo y se extiende por EII (cara anterior y posterior de muslo y zona gemelar, llegando hasta los dedos del pie por ambas caras).

De 2-3 días de evolución.

Se exacerba con la deambulación.

Se acompaña de palidez y frialdad de pie, junto con sensación de parestesias intensas y pérdida de fuerza a nivel distal

Claudicación en EII, ausencia de pulsos pedio y tibial posterior.

Isquemia aguda EII entra a quirófano para revascularización.

Cirugía:

Abordaje femoral superficial proximal, Trombectomía con Fogarty extrayendo trombo organizado y bypass en poplítea y tibial posterior retro maleolar con vena safena dcha.

Extracción vena safena lado derecho.

Traslado a URPA. Sube a planta.

Reintervenido de nuevo a las 24 hs, Isquemia aguda MII

Trombectomía femoropoplíteo y distal + trombectomía bypass + arteriografía + fibrinolisis MII

Traslado a URPA.

Sube a planta a las 24 horas de la segunda revascularización con 2 redones y abundante exudado por las fasciotomías y escaso en los 2 redones.

Escasa movilidad de la extremidad, dolor y malestar general. Analgesia y antibioticoterapia (pipetazo) según pauta

Cura cada 12 horas con nitrofurazona solución en fomentos de gasa.

Cobertura de toda la extremidad hasta medio muslo con gasa quirúrgica, algodón y venda de hilo para cierre cura.

Cobertura con gasa estéril en acceso femoral con abundante exudado por la herida incisional.

Se precisan 2 enfermeras para el manejo estéril de la cura aproximadamente durante 1 hora.

Se inicia tratamiento cutáneo por mala gestión de exudado y alto riesgo de infección con VAC a las 72 horas de la llegada a planta colocando dispositivos de vacío independientes en cada una de las 3 fasciotomías: maleolar interna, gemelar interna MII, gemelar externa MII.

Lechos con abundante exudado que gotea a gravedad en todas las fasciotomías



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

produciendo llamativamente en planta pie maceración cutánea por drenaje cutáneo dorsal.

Los VAC de las fasciotomías se cambian cada 96 horas entre enfermera y Auxiliar de enfermería.

Se implementa desde el 2º día post cirugía suplementos proteicos por el abundante debito de las lesiones que se contabiliza en los VAC, a su colocación, en 900 ml diarios durante los 2 primeros días, reduciendo el volumen de exudado total a 300 ml a los 10 días y a escaso o nulo a los 30 días de tratamiento VAC.

Cada VAC tiene presiones diferentes según tolerancia del paciente (de -90 a -120 mmHg)

Se inicia rehabilitación progresiva a los 20 días de la cirugía

• Evolución

Las heridas desde la colocación de los VAC han permitido gestionar el exudado de manera más segura, medible y controlada.

La cicatrización, aproximación de bordes y relleno del lecho de las heridas, junto a la cobertura de los músculos expuestos, tras las fasciotomías, se ven refrendadas por los datos que obtenemos del paciente.

No fiebre durante todo el ingreso, con mejoría de la movilidad paulatina y acelerada tras el inicio de la rehabilitación.

El uso de VAC, ha permitido pasar de curas diarias, cada 12 horas, (4 horas de enfermería/día) y alto riesgo de infección a 2 horas, en curas de enfermería, cada 96 horas. La evolución, progresiva y positiva en confort, disminución del dolor y aumento en la movilidad de la extremidad y menor tensión cutánea.

El 8 de mayo cobertura herida con injerto por parte de C. Plástica.

• Conclusiones.

La planificación multidisciplinar de este paciente ha promovido una atención segura planteando el riesgo de infección local, dolor, desnutrición e incapacidad funcional por inmovilidad post cirugía en un caso que ha precisado un esfuerzo, añadido al habitual, en un servicio de hospitalización quirúrgica en cirugía vascular.

La terapia VAC en las lesiones cutáneas post reperfusión es un abordaje interesante en la gestión del volumen extravascular acumulado, su gestión y la minimización de complicaciones en la isquemia aguda revascularizada de abordaje tardío.

La gestión de tiempos de enfermería en la atención directa hospitalaria debe ser uno de los objetivos a evaluar, medir y gestionar para el funcionamiento adecuado de los servicios de cirugía vascular.



TERAPIA COMPRESIVA EN ULCERA VENOSA DE UNA PIerna QUE SUFRIO TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

Maria Eugenia Carrillo Molina, Francisco Javier Mateu Garcia, Rosa Maria Trinidad Maximo
HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE

Resumen

Paciente varón, 47 años, profesión: camionero. Insuficiencia Venosa crónica. Tromboflebitis superficial de repetición y posterior Trombosis venosa profunda.

El paciente acude a consulta de heridas complejas derivado por internista al presentar herida en zona tibial anterior y heridas en zona maleolar interna y externa del miembro inferior derecho desde agosto de 2022 que no cicatrizan a pesar de múltiples tratamientos. Como ayuda para hacer la valoración del paciente y posterior toma de decisiones nos valemos del acrónimo: DOMINATE.

Antecedentes personales y familiares:

No AMC, hipertensión arterial, diabetes mellitus TIPO 2, dislipemia. Tabaquismo (fumador de 20 cigarrillos/ día). Sedentarismo.

Tratamiento médico: Paracetamol si dolor, Novonorm 1mg en desayuno- comida, adiro 100mg, Enalapril, Omega 3.

No intervenciones quirúrgicas.

Madre: Trombosis venosa profunda.

Exploración Física:

Múltiples arañas vasculares y telangiectasias(corona flebectasica) en zona interna del pie y tobillo. Edema unilateral. Uñas de estructura normal. Pulsos pedio y tibial anterior y posterior presentes y piel caliente. Piel seca. Descamación

Clasificación CEAP: C6,Es,Ap,Po

Puntuación de severidad clínica venosa:17

Escala visual analógica: 7

ITB: 1.2

Eco doppler sistema venoso profundo (marzo 2021): Persiste TVP de vena poplítea derecha. Cayados de safenas permeables. Venas varicosas superficiales discretamente llamativas en territorio safeno mayor de ambas pantorrillas. Venas perforantes significativas a nivel del tercio medio de la pantorrilla izquierda y de tercios proximal y medio de la pantorrilla derecha. No signos de tromboflebitis superficial. Edematización inespecífica en pantorrilla derecha.

Valoración general y de la Lesión:

DIAGNOSTICO: Deterioro de la integridad cutánea (00046)

Objetivo:

El tratamiento se realiza con un abordaje integral teniendo en cuenta factores que pueden interferir en el proceso. Se evalúa la herida, tolerancia a la actividad, dolor y autocuidados.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

Las heridas presentan una superficie menor de 4 cm, afectación de dermis, bordes definidos, esfácelos, exudado moderado, dolor, edema, eritema y lesiones satélite. Pauta de cura: Limpieza con agua y jabón, fomento con polihexamida 10 minutos, curetaje-desbridamiento cortante de herida, cadexomero iodado, protección de bordes con óxido-zinc y alginato. Protección- almohadillado (Homeogeneización de perímetros) y venda de corta tracción de 20mmhg. Se cita en 48 horas. Evolución favorable, misma pauta de cura 1 mes. Las vendas de corta tracción reducen el edema, pero no aguantan bien colocadas más de 72 horas (trabajo, colocación de ropa, reducción el edema). Se decide pasar a kits de vendaje de corta tracción de 20mmhg, en diciembre de 2022 con las fiestas navideñas las heridas detienen la evolución favorable, el exudado se vuelve amarillo verdoso y se reevalúa, cambiando pauta de cura, sustituyendo el cadexomero iodado por apósito de carbón, resto igual. Curetajes seriados. Curas c/72h. Volvemos al cadexomero en enero 2023. Después de 2 semanas, solo colágeno y kits de vendaje corta tracción semanal, cierran las heridas.

Intervenciones:

Eliminar hábitos tóxicos (tabaquismo)

Evitar bipedestación y sedentarismo: favorecen el edema.

Valoración por nutricionista- endocrino para corregir déficits detectados. Evitar alimentos grasos, dieta hiposódica. Dieta para diabéticos.

Caminar diariamente, pies elevados varias veces/ día.

Evitar ropa ajustada que dificulte la circulación.

Hidratación piel: Cremas emolientes

Evolución del caso y conclusiones

El tratamiento inicial se empieza a finales de octubre de 2022 centrándonos en el abandono de hábitos perjudiciales como objetivo a medio plazo y la terapia compresiva desde la primera cura. La herida epiteliza en enero de 2023. Se retira vendaje y cambiamos a media de compresión médica de tricotado plano clase 1.

Con la descripción del caso se pone de manifiesto la utilidad de la compresión en las ulceras de origen venoso y el reto profesional que supone el conocimiento la terapia de compresiva como medida básica en el tratamiento de ulceras venosas en MMII.

Palabras clave: ulceras venosas, terapia compresiva



GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN PACIENTES POSTOPERATORIOS DE LAS ENFERMEDADES ARTERIALES Y VENOSAS 2020 -2022 EN EL HOSPITAL SAN CECILIO DE GRANADA.

QUETTY PREVIL SEIDE, GLORIA CEREZO MIRANDA, SONIA LOPEZ FAJARDO, MARIA ANGELES ROLDAN YAÑEZ, GLORIA ROMERO MORALES, IVAN MARTINEZ MORENO.

Hospital Clínico San Cecilio

INTRODUCCION

Las enfermedades vasculares periféricas suelen aparecer por un estrechamiento de los vasos sanguíneos. Pueden afectar las arterias carotideas por la arterioesclerosis. También afectan a nivel de los Miembros superiores o inferiores. Los factores principales suelen ser el tabaco, la edad, diabetes entre otras cosas. Debido al envejecimiento de la población, determinadas complicaciones post operatorias son prevalentes como el delirio.

OBJETIVOS

Utilizar criterios profesionales de valoración y cuidados individualizados en el post operatorio.

Mejorar la humanización de los cuidados con consejos específicos.

Aplicar el juicio clínico enfermero en el contexto para optimizar los cuidados

METODOS Y METODOLOGIA

Se utiliza la base de datos de los enfermos intervenidos desde 2020- 2022 con las intervenciones realizadas a nivel de arterias y venas

Uso de técnicas estadísticas descriptivas

Uso de técnicas de gestión del conocimiento como diagramas de flujo y matriz de decisión.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El papel del profesional de la enfermería para aplicar las intervenciones y los cuidados es fundamental en el abordaje multidisciplinar. Los procedimientos quirúrgicos muchas veces necesitan una implementación de estrategias de cuidados no farmacológicos que pueden aportar no solo enfermería sino también los demás colaboradores con una organización del conocimiento como la probabilidad de usar una herramienta de decisión.

PALABRAS CLAVES: Cirugía, postoperatorio, Enfermedad arterial, Enfermedad Venosa.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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

TERAPIA COMPRESIVA EN ULCERA VENOSA EN PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Rafael Campos Martín. Enfermero ZBS Cártama, Clara Rodríguez Cocho. Enfermera ZBS Málaga ,María Rocío Gil Pérez. Enfermera ZBS Cártama

Las úlceras venosas en las extremidades inferiores, producto final de la insuficiencia venosa crónica, son una causa importante de consulta en Atención Primaria, con una prevalencia poblacional de 0.5 a 0.8 %.

La terapia compresiva es el método más eficaz en el tratamiento de estas úlceras.

Descripción del caso:

Varón de 78 años de edad, obeso (IMC 31.61), fumador de 15 cigarrillos/día. Antecedentes de trombosis venosa profunda en miembro inferior izquierdo, cardiopatía hipertensiva, DM2, EPOC, insuficiencia venosa.

Acude a consulta de enfermería en Diciembre de 2022 por presentar úlceras venosas en miembro inferior izquierdo. Comenzamos realizando curas con apósito de espuma de poliuretano y vendaje elástico. A las dos semanas, tras nula evolución, utilizamos apóositos de hidrocoloide con plata, cobertura antibiótica sistémica y vendaje elástico, pero la evolución es tórpida durante tres semanas más (Enero 2023), con gran cantidad de exudado y mal olor, a pesar

de curas diarias. Escala Resvech 2.0 con resultado de 17. Valoración del dolor EVA 2

Realizamos interconsulta con enfermero de práctica avanzada en heridas crónicas complejas (EPA-HCC), y tras realización de índice tobillo brazo, con resultado de 0.78 en miembro afecto (estenosis leve-moderada), se decide terapia compresiva con venda de tejido elástico de corta extensibilidad de 10 centímetros de ancho, con solapamiento al 50% previa cobertura con venda de óxido de zinc.

A las 48 horas disminuye en gran medida la presencia de exudado, desaparece el mal olor y mejora la evolución de las úlceras. Escala Resvech con resultado de 10. EVA 2 Continuamos con curas cada 48 horas con limpieza con suero salino, aplicación de fomentos con Polihexanida durante 15 minutos, apósito antimicrobiano sobre las lesiones, alginato en antepié por presentar en dicha zona mayor humedad y terapia compresiva, durante tres semanas (Febrero 2023)

A partir de Marzo de 2023, con resultado de 5 en Escala Resvech 2.0, EVA 1, se realiza limpieza con suero salino, apósito de espuma y terapia compresiva, permitiéndonos realizar las curas dos veces por semana, mejorando en gran medida la calidad de vida del paciente.

Actualmente continuamos con curas cada 3-4 días, con evolución favorable de lesiones, presentando tejido de epitelización. Escala Resvech 2.0 con resultado de 4. EVA 1.

Concluimos que la aplicación de la terapia compresiva ha sido el factor que ha provocado



un cambio de inflexión en la evolución de las lesiones, al lograr mejorar el retorno venoso y controlar el nivel de exudado. Permitiendo asimismo espaciar frecuencia de las visitas para curas y mejorando la calidad de vida del paciente.

La colaboración el EPA -HCC ha sido fundamental para ayudar a encaminar el caso.



**ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA
DE ENFERMERÍA
VASCULAR**

© AEEVH Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas
C/Pujades, 350. 08019. Barcelona
Comunicaciones y Ponencias. Junio 2023. ISSN: 2938-0995

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