



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO IX – N. 22 – 2015

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/017.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en **FORO I+E "Impacto social del conocimiento" - II Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería – II Encuentro de Investigación de Estudiantes de Enfermería y Ciencias de la Salud**, reunión celebrada del 12 al 13 de noviembre de 2015 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Terapia compresiva en úlcera venosa**

Autores Ana Isabel Gil Bernabé,¹ José Antonio Moreno Ortega,²
Javier Moreno Ortega³

Centro/institución (1) DUE. UGC Hospital Miguel Servet, SALUD. (2) DUE. UGC La Rinconada. (3) TSID/TER. Hospital Quirón

Ciudad/país (1,3) Zaragoza, España. (2) Sevilla, España

Dirección e-mail anaisabelgilbernabe@gmail.com

RESUMEN

Introducción. Entre un 80% y un 90% de las úlceras cutáneas de extremidades inferiores son de origen vascular y se calcula que entre un 4% y un 40% de la población padece insuficiencia venosa, uno de los factores que puede conducir a la aparición de estas úlceras. El tratamiento de las úlceras venosas se fundamenta en la corrección de la hipertensión venosa mediante el uso de diversos sistemas de compresión. La terapia de compresión permite, por una parte, una mejora del retorno venoso, dando lugar a una disminución del reflujo y, por otra parte, permite mejorar la sintomatología y el edema, retardando la evolución de la enfermedad.

Observación clínica. Paciente de 61 años pluripatológico, que presenta úlcera vascular extensa en región tibial distal con una evolución tórpida desde Octubre del 2005. Tras la realización de los cuidados específicos de hidratación y protección de la úlcera, se le aplica una compresión graduada con vendas compresivas elásticas autoadhesivas, logrando que haya más presión en el tobillo que en la rodilla para favorecer así el retorno venoso. Esto se produce de manera natural cuando se aplica compresión a una extremidad de proporciones normales como resultado de los principios de la Ley de Laplace, ya que generalmente el tobillo suele ser más estrecho que la zona de la rodilla y, por tanto, a igual tensión aplicada al vendaje, la presión será mayor en el tobillo por ser más pequeña la circunferencia. Ayudamos a ese principio con un vendaje algodónado debajo de la venda compresiva.

Discusión. Se ha conseguido una buena evolución de la herida, controlando el dolor hasta su eliminación, especialmente en los cambios de apósitos, produciéndose con total ausencia de dolor, lo cual ha contribuido a una mejor calidad de vida para el paciente. Finalmente se consigue la epitelización completa de la úlcera, en seis meses de cura (Septiembre 2014-Febrero 2015).

Palabras clave: Úlcera varicosa/ Terapéutica/ Vendajes de Compresión/ Atención de Enfermería.

ABSTRACT COMPRESSIVE THERAPY IN VENOUS SORE

Introduction: Between 80% and 90% of the cutaneous sores of low extremities they are of vascular origin and it is calculated that between 4% and 40% of the population suffers venous insufficiency, one of the factors that it can lead to the appearance of these sores. The treatment of the venous sores is based on the correction of the venous hypertension by means of the use of diverse systems of compression. The therapy of compression allows, on one hand, an improvement of the venous return, giving place to a decrease of the reflux and, on the other hand, it allows to improve the symptomatology and the edema, retarding the evolution of the disease.

Clinical observation: 61-year-old patient pluri pathological, that presents vascular extensive sore in tibial region distal with a torpid evolution from October, 2005. After the accomplishment of the elegant specifics of hydration and protection of the sore, a compression is applied to him classified with you bandage compressive elastic self-adhesive, achieving that there is more pressure in the ankle than in the knee to favor this way the venous return. This produces to itself in a natural way when compression is applied to an extremity of normal proportions as result of the beginning of Laplace's Law, since generally the ankle is in the habit of being narrower than the zone of the knee and, therefore, to equal tension applied to the bandage, the pressure it will be major in the ankle for being smaller the circumference. We help to this beginning with a bandage algodonado under it her bandages compressive.

Discussion: a good evolution of the wound has been obtained, controlling the pain up to his elimination, specially in the changes of dressings, taking place with total absence of pain, which has contributed to a better quality of life to the patient. Finally the complete epithelización of the sore is obtained, in six months of priest (September 2014-February, 2015).

Key-words: Varicose/ Therapeutic sore/ Bandages of Compression/ Attention of Infirmary.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

Entre un 80% y un 90% de las úlceras cutáneas de extremidades inferiores son de origen vascular y se calcula que entre un 4% y un 40% de la población padece insuficiencia venosa, uno de los factores que puede conducir a la aparición de estas úlceras (1). Se estima que entre un 0,18% y un 1,3% de la población mundial adulta presenta úlceras de extremidades inferiores (2). En España, este tipo de úlceras afectan a entre 250.000 y 300.000 personas (3), generando una gran demanda de los servicios de Atención Primaria y Especializada. La cronicidad y recidivas explican la gran carga socioeconómica que suponen las úlceras de la extremidad inferior: entre un 40% y un 50% permanecen activas durante más de 6 meses y las que cicatrizan antes de 12 meses recidivan entre un 25% y un 30% (4). El tratamiento de las úlceras venosas se fundamenta en la corrección de la hipertensión venosa mediante el uso de diversos sistemas de compresión. La terapia de compresión permite, por una parte, una mejora del retorno venoso, dando lugar a una disminución del reflujo y, por otra parte, permite mejorar la sintomatología y el edema, retardando la evolución de la enfermedad (5). La terapéutica de compresión consiste, principalmente, en diversos sistemas como son los

vendajes de elasticidad media, vendajes multicapa y ortesis con un grado de compresión de 30-40 mm Hg. (6).

Especial importancia tiene el uso de vendajes multicapa en el tratamiento de las lesiones vasculares, ya que se han mostrado como altamente efectivos en la reducción de las lesiones, independientemente del tipo de apósito primario utilizado (7). El uso de terapia de compresión representa un importante avance en el tratamiento de las úlceras venosas, ya que un eventual retraso en la cicatrización puede dar lugar a la formación de úlceras crónica.

Una vez que mediante la terapéutica de compresión se controla la hipertensión venosa, se reduce el edema de la extremidad afectada y mejora la microcirculación capilar, los procesos de proliferación celular necesarios para la reparación cutánea tienen mayor probabilidad de desarrollarse con normalidad. Ésta culmina con la proliferación y emigración de células epidérmicas desde la piel de los bordes de la úlcera y la restitución de la integridad cutánea.

El presente trabajo pretende evidenciar por medio de un caso clínico, de la práctica diaria en Atención Primaria, que el vendaje de compresión proporciona un tratamiento seguro y muy efectivo para la mayoría de los pacientes con ulceraciones venosas en las extremidades inferiores, aumentando la calidad de vida de los pacientes tratados.

Observación clínica

Descripción del caso

Paciente en Atención Primaria, de 61 años, con antecedentes personales de: Hipertensión arterial no complicada, obesidad morbida e insuficiencia venosa en ambos miembros inferiores, en tratamiento entre otros con: oxicodona clorhidrato 10 mgr. Pregabalina 150 mgr. Furosemida 40mgr. Diclofenaco/ibuprofeno. Úlcera vascular extensa en región tibial distal con una evolución tórpida desde Octubre del 2005.

Se han empleado diferentes tratamientos: Desbridamiento quirúrgico, enzimas, hidrogeles, azúcar, hidrofibra de hidrocoloide, apósito de silicona, nitrofurazona y diversos tratamientos antibióticos. La úlcera ha aumentando de tamaño a pesar de los cuidados prestados. El objetivo de este caso es la epitelización máxima de la úlcera mediante terapia compresiva con curas según evolución de la herida, así como disminuir el dolor en todo su proceso.

Exploración / Pruebas complementarias / Juicio Clínico / Diagnóstico diferencial

El paciente presenta úlcera infractuosa en tercio medio inferior pierna derecha y que se extiende a regiones interna y externa, forma muy irregular, exudativa, hipergranulada, el paciente la refiere como muy dolorosa, especialmente en zona externa, en la que no se puede tocar. Intenso eritema en bordes de la herida, mas acentuado en la zona inferior.

Medidas 17,5 X 7,5. Índice tobillo brazo 1,25, pulsos arteriales pedio y tibial posterior conservados, pulsos venosos filiformes, No tolera, ni quiere, vendaje multicapas. Otra herida en maleolo interno derecho de 3x2 cm. Abundante tejido amarillento, y de granulación pardusco, en región antero-interna, no adherido al lecho, evidentes signos de infección. El estado de la lesión en Septiembre de 2014 se aprecia en la figura 1.

Material y método

Se valora el estado de la piel, ya que la insuficiencia venosa origina dermatitis por éstasis, provocando que la piel que circunda a la úlcera sea frágil y delicada. Se aplica cuidados específicos de hidratación y protección. Además, por las propias características etiológicas de este tipo de úlcera, al ser altamente exudativa, q nos lleva a la necesidad de mantener una gestión adecuada de dicho exudado mediante la elección de apósitos de alta absorbencia que eviten el contacto continuado del exudado tanto, con el lecho ulceral como con la piel perilesional para que así no se produzca su maceración. Esta situación provoca mayor frecuencia de curas al inicio, pudiendose pasar a cura semanal una vez disminuye el exudado.

Se trata lecho de la herida según requiera por su evolución en el tiempo, con medidas de desbridamiento y control de infección (clostridiopeptidasa A colagenasa/ sulfadiazina de plata), así como conservación de ambiente húmedo (hidrogel).

Se le aplica una compresión graduada con vendas compresivas elásticas autoadhesivas, logrando que haya más presión en el tobillo que en la rodilla para favorecer así el retorno venoso. Esto se produce de manera natural cuando se aplica compresión a una extremidad de proporciones normales como resultado de los principios de la Ley de Laplace, ya que generalmente el tobillo suele ser más estrecho que la zona de la rodilla y, por tanto, a igual tensión aplicada al vendaje, la presión será mayor en el tobillo por ser más pequeña la circunferencia. Ayudamos a ese principio con un vendaje algodonado debajo de la venda compresiva.

Discusión

Se ha conseguido una buena evolución de la herida, controlando el dolor hasta su eliminación, especialmente en los cambios de apósitos, produciéndose con total ausencia de dolor, lo cual ha contribuido a una mejor calidad de vida para el paciente. Finalmente desde septiembre de 2014 a Febrero del 2015, se consigue la epitelización completa de la úlcera, en seis meses de cura, como se puede apreciar en los documentos gráficos que se muestran a continuación: figura 2. Lesión Noviembre 2014, figura 3 Enero 2015 y figura 4 Febrero 2015.

Queda demostrada de manera inequívoca que el vendaje de compresión proporciona un tratamiento seguro y muy efectivo para la mayoría de los pacientes con ulceraciones venosas en las extremidades inferiores. Este método disminuye el edema, el dolor y el exudado, acortando el periodo de cicatrización, y ha de ser la primera elección de tratamiento en estas lesiones. Mejora la calidad de vida del paciente al aliviarle la

sintomatología y al evitar además las continuas curas y cambios de vendaje y el desplazamiento continuado del paciente al Centro del Salud.

Si se combinara con un programa de prevención de la recurrencia de la úlcera mejoraría el estado de salud de los pacientes y reduciría la carga que supone esta patología a los sistemas de Atención Sanitaria.

Figura 1. Lesión Septiembre 2014

Figura 2. Lesión Noviembre 2014



Figura 3. Lesión Enero 2015

Figura 4. Lesión Febrero 2015



Bibliografía

1. Nelzén O, Bergqvist D, Lindhagen A. Venous and non-venous leg ulcers: clinical history and appearance in a population study. *BrJ Med* 1994; 81: 182-7.
2. Lindholm C, Bjellerup M, Christensen OB, Zerderfeldt B. A demographic survey of leg and foot ulcers patients in a defined population. *Acta Derm Venereol* 1992; 72: 227-30.
3. Gesto-Castromil R, García JJ, Grupo DETECT-IVC. Encuesta epidemiológica realizada en España sobre la prevalencia asistencial de la insuficiencia venosa crónica en Atención Primaria. Estudio DETECT-IVC. *Angiología* 2001; 53 (4): 249-60.
4. Marinello J. Úlceras de la extremidad inferior. Concepto, clasificación y epidemiología de la úlcera de extremidad inferior. Barcelona: Glosa, 2005; pp. 25-44.
5. O'Meara S, Cullum NA, Nelson EA. Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (1): CD000265.
6. Verdú J, Marinello J (Ed.). Documento de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior CONUEI. Úlcera de etiología venosa. Barcelona: Edikamed, 2008; pp. 35-45
7. Cullum N, Nelson EA, Fletcher AW, Sheldon TA. Compression bandages and stockings for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD000265.