

CASO CLÍNICO

Hola, . El término "insuficiencia vascular venosa" no existe en la patología venosa, si la
INSUFICIENCIA VENOSA

Paciente mujer de 71 años de edad, diagnosticada de insuficiencia vascular venosa.

Antecedentes patológicos de: diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, varices esclerosadas hace 30 años.

Acude a la consulta, por presentar lesiones ulcerosas en cara antero-interna, supramaleolar, en el tercio inferior de la Elzquierda, de 1 año de evolución.

Solo por ser diabético tienes que sospechar enfermedad arterial periférica



La zona si es venosa,
(seguro que hay afectacion
venosa, pero el aspecto es
de isquemia por esos
bordes socavados

Debido a la imposibilidad de hacer un seguimiento hasta su cicatrización, procedo a realizar la valoración, diagnóstico y nombrar las pautas de actuación necesarias para la correcta evolución de la lesión.

DESCRIPCIÓN de la lesión:

No hay edema, si lo palpas lo notarás duro, fibrótico, mas parece lipodermatoesclerosis
Presenta edema en la pierna, con úlceras satélites, de formas ovaladas, con tamaño longitudinales mayores que transversales. Exudado abundante. Lecho de la herida, fribrinosado en su gran mayoría, con signos clínicos de infección y piel perilesional macerada. Dolor moderado.

esas formas son
compatibles con
arterial y el
exudado
abundante con
infeccion de la
herida

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO de la lesión

Siempre, ante una lesión en la extremidad inferior, se debe realizar un correcto diagnóstico diferencial. Para posteriormente, poder planificar y realizar una

adecuada estrategia terapéutica. Tras una anamnesis y examen físico (antecedentes familiares, factores de riesgo), procederemos a valorar:

En *primer lugar*, tendremos que descartar la existencia de isquemia. **CORRECTO**
Deberemos confirmar la presencia o ausencia de pulsos, en las arterias tibial anterior y posterior a nivel del tercio distal de la pierna.

En *segundo lugar*, realizaremos la exploración del Índice Tensional a nivel maleolar (Índice Tobillo-Brazo-ITB). Si éste es igual o superior a 0,75, podrá descartarse la etiología isquémica.

En *tercer lugar*, valorar la localización, morfología, bordes peri-ulceroso, lecho, dolor y parámetros analíticos. **Aquí es de donde parte tu error diagnóstico. El ITB correcto es 1 (mismo flujo en brazos y piernas, pero se considera "normal" una variación que va desde (0.9 a 1.4))**

Cuando ya tenemos la sospecha, de que se trata de una **ÚLCERA DE ETIOLOGIA VENOSA**, tras la exploración física (que suele ser suficiente para establecer el correcto diagnóstico de las UEV).

Debemos verificar el diagnóstico con:

- Revisate este documento, hay algunas cosas que nosotros podemos hacer https://mobiroderic.uv.es/bitstream/handle/10550/19453/CebriaMAngels_et_al_fisioterapiacardiocirculatoria_6.pdf?sequence=1&isAllowed=y**
- **Exploración física**
 - **Anamnesis y examen físico.** Antecedentes personales (antes citados) y familiares. Factores de riesgo.
 - **Inspección del paciente.** Se ha de hacer en bipedestación. Aumento tamaño venas no indica patología IVC
 - **Valoración lesiones cutáneas:**

La úlcera venosa es de tamaño variable pero pueden abarcar toda la circunferencia de la pierna (en botín). Localización: Tercio inferior de la pierna. Cara lateral interna. **Unilaterales.**

- **Son superficiales y de borde irregular, el tejido de granulación generalmente es rojizo carnososo y brillante aunque en procesos infecciosos se puede cubrir de un "biofilm" patológico de un color amarillo-verdoso con abundante exudado y de consistencia filamentosa. Este tejido puede evolucionar a necrosis del tejido blando en la base.**
 - **Es dolorosa en proceso inflamatorio.**
- **Morfología:** Diámetro longitudinal > transversal. Redonda/oval
 - **Bordes periulcerocerosos:** Excavados, delimitados y macerados
 - **Base:** Fibrinoide
 - **Tejido periulcerado:** Macerado (pigmentado)
 - **Dolor:** bajo-moderado. Molestias ortoestático
 - **Pulsos tibiales:** Positivos.
 - **Trastornos cutáneos:** dermatitis, hiperqueratosis, atrofia blanca.

Palpación de los pulsos arteriales: Presentes y positivos en ambas EEII.

- **Auscultación con sonda Doppler:** Se utiliza para detectar el reflujo venoso. Esta prueba presenta una especificidad entre el 73 y 92%, y una sensibilidad entre el 80 y 97%.

- **Índice Tobillo-Brazo:** Permite detectar la presencia de insuficiencia arterial. Importante realizarla, ya que el tratamiento compresivo fuerte está contraindicado cuando el índice es <0,9

Descartada patología isquémica. ITB > a 0,75 **Si utilizas baja elasticidad si puedes aplicar 40 mmhg con este iteb, pero solo calibrando las sensaciones del paciente Un itb de 0,75 YA ES ENFERMEDAD ARTERIAL MODERADA**

- **Eco-Doppler:** es la prueba de imagen estándar para el diagnóstico de la IVC. Puede detectar el reflujo en las venas perforantes o del SVP y la presencia de trombosis.

¿tenia ecodopler?, este paciente es para derivar a vascular por si se contempla revascularizacion y hay que valorar la presencia de dolor claudicante, en unos meses puede aparecer

DIAGNÓSTICO de la INFECCIÓN

Teniendo en cuenta que se trata de una lesión crónica de 1 año de evolución (estas lesiones suelen estar siempre contaminadas), que presenta algunos de los signos clásicos rubor, eritema, induración, edema, aumento del exudado, dolor, aumento inflamación de la zona, biofilm, retraso en la cicatrización, formación de nuevas úlceras en tejido perilesional. En este tipo de lesiones crónicas, no siempre surgen todos los signos clásicos de infección, lo que nos puede retrasar el diagnóstico.

Los signos de infección en heridas vasculares, también pueden aparecer de forma más sutil, pero no por ello menos importante, por lo que intervenir de manera precoz, nos ayudará a evitar complicaciones.

La valoración de la posible infección de las heridas incluye una evaluación completa del paciente. Teniendo en cuenta el estado inmunitario, las enfermedades concomitantes, la etiología, el estado de la herida y otros factores que influyen en el riesgo, la gravedad y los signos probables de infección.

Hay que tener en cuenta, que las úlceras de extremidad inferior de etiología venosa, que presentan edemas con un exudado importante, favorecen la proliferación de gérmenes y por lo tanto aumentan el riesgo de infección.

El diagnóstico de la infección de una herida se basa:

1: En el criterio clínico

2: Pruebas complementarias adecuadas (estudio microbiológico de las muestras de la herida), que respaldan y dirigen el tratamiento.

En una herida crónica con signos de infección, la toma de obtención de muestras para cultivo, se podrá realizar a través de:

2.1: FROTIS de la herida: El más utilizado, pero puede llevar a conclusiones erróneas, porque se detectan también microorganismos colonizadores de la superficie, en lugar de los patógenos ubicados en la profundidad. **No por mi, es extremadamente doloroso y solo lo realizo si lo veo claramente justificado. Mira, revisate este artículo http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000300006**

2.2: **PUNCIÓN PERCUTÁNEA**: Nos ayudará a determinar el tipo de microorganismos presentes en la herida, que interfieren en la curación. Diagnóstico más exacto. Más recomendado.

2.3: BIOPSIA de la herida: Aporta información más exacta, acerca del tipo y cantidad de patógenos (pero es una técnica invasiva y a menudo se reserva para las heridas que no cicatrizan a pesar del tratamiento para la infección.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO en base al aspecto.

Según el grado de afectación tisular esta lesión la podríamos **clasificar morfológicamente dentro de las UEI**, como un **GRADO II** (úlceras que afectan el tejido celular subcutáneo o hipodermis). **Si fuera venosa, sería C6 en la clasificación CEAP**

Tras realizar un diagnóstico diferencial (anteriormente mencionado), y con los datos que disponemos, podemos orientar el diagnóstico, como que se trata de

ÚLCERA VENOSA crónica infectada.

No tienes ninguna prueba de que sea venosa salvo la localización y la lipodermatoesclorosis, y si tienes datos de que es isquémica, de modo que el diagnóstico sería ÚLCERA ISQUÉMICA infectada con sospecha de enfermedad venosa crónica

Dentro de los **Niveles de Severidad IVC**, podríamos clasificarla, en un **GRADO III** (Úlcera Venosa abierta en zona perimaleolar o área de Gaitier)

En caso de que fuera venosa revisa esos niveles en Clinical Severity Score: <https://www.elsevier.es/es-revista-angiologia-294-articulo-determinantes-gravedad-insuficiencia-venosa-cronica--S0003317012000892>

El inicio de estas lesiones, más frecuente son los traumatismos. Aunque en ocasiones aparecen de forma espontánea (precedida de prurito/dolor puntiforme). La paciente no recuerda, haberse dado ningún golpe.

la causa por la que se inician las lesiones venosa de verdad es LA HIPERTENSION VENOSA, no los traumatismos

Dentro de los **Tipos de UEV**, esta lesión la englobaría por sus características, como: **ÚLCERA VARICOSA (por insuficiencia Valvular)**

No tienes ecografía como para dar esa conclusión, Revisa la clasificación CEAP

Actualmente, la clasificación más aceptada y extendida para los trastornos venosos crónicos, es la conocida como **CEAP**, que clasifica las IVC, según los hallazgos clínicos, etiología, hallazgos anatómicos y la fisiopatología. Con los datos que disponemos, podemos clasificarla por sus "hallazgos clínicos" como:

C6: Cambios tróficos con úlcera activa

CORRECTO PERO NO TE OLVIDES QUE AQUI ES DE PREDOMINIO ARTERIAL

TRATAMIENTO y pauta de actuación

El cuidado de un paciente con lesiones vasculares en extremidades inferiores, requiere de un equipo multidisciplinar, que incluye al paciente y a su familia.

1.- tratamiento Local

1.1.- Limpieza de las heridas.

Con una buena higiene, el desbridamiento oportuno y la limpieza de la herida, ayudarán a reducir la carga bacteriana de la herida. Tanto de bacterias libres, como de bacterias organizadas, en forma de biofilm.

Para el desbridamiento, son preferibles los métodos cortantes, por su mayor rapidez, sobre todo cuando hay signos de infección.

el desbridamiento en venosa no suele ser necesario y en arterial hay que andar con mucho cuidado

Las heridas infectadas, deben limpiarse en cada cambio de apósito. Limpieza por irrigación, eliminando los residuos y microorganismos, sin dañar la herida. Estaría indicado la irrigación prudente con una solución salina o agua (a temperatura corporal).

Tenemos que tener presente, que la utilización de los antisépticos, que se aplican por vía tópica, son productos no selectivos que destruyen los microorganismos o inhiben su multiplicación, y también pueden tener efectos tóxicos en las células humanas. Habrá que buscar un equilibrio entre su efecto favorable, frente al desfavorable por su toxicidad. **la polixanida no es citotóxica**

Cuando las bacterias permanecen localizadas en la herida, los antibióticos suelen ser innecesarios y el tratamiento tópico con antiséptico puede ser a menudo suficiente, teniendo en cuenta, que si la herida no mejora tras 10-14 días de tratamiento. Tendremos que reevaluar el tratamiento. Volver a evaluar si existe alguna indicación para la antibioticoterapia.

1.2.- Abordaje de la carga bacteriana

1.2.1.- Optimizar la respuesta al huésped:

- Optimizar el tratamiento de enfermedades concomitantes, mejorar las glucemias, mejorar la perfusión, y la oxigenación tisular.

La cuestión es ¿como?

- Eliminar o reducir los factores de riesgo de infección
- Optimizar la nutrición e hidratación
- Tratar otros focos de infección, si los hubiera.

1.2.2.- Reducción de la carga bacteriana:

- Evitar una contaminación cruzada (proteger la herida con apósito adecuado). **La cuestión es ¿cual?**
- Conseguir un lecho de la herida óptimo: Eliminar el tejido esfacelado (desbridar)
- Cambiar los apósitos con frecuencia si procede.
- Limpiar herida en cada cambio de apósito
- Control del exudado
- Tratamiento antimicrobiano. Apósitos Impregnados en DACC **¿solo DACC?**

1.2.3.- Medidas generales: Conseguir la máxima colaboración del paciente con el plan de tratamiento.

El control y registro de los síntomas es útil, para detectar la mejoría o el empeoramiento.

Los cambios de los marcadores de la inflamación, como son, la velocidad de sedimentación (VSG), la proteína C-reactiva, o el recuento leucocitario, ayudan a identificar un empeoramiento o mejoría, especialmente en las heridas crónicas.

CORRECTO

Se realizará un nuevo cultivo de tejido profundo mediante la técnica de punción percutánea, en caso de no evolucionar correctamente y para reajustar el tratamiento en caso necesario.

1.3. - Cuidados de la piel

Las personas con úlceras vasculares, suelen ser personas con pieles frágiles, es muy importante que mantenga una higiene minuciosa.

Se trata de una lesión infectada, con márgenes delimitados, pero macerados. Lo que nos indica que se trata, una la lesión bastante exudativa. Los productos barrera, como los protectores cutáneos, pueden ser de gran utilidad.

También utilizaremos cremas hidratantes para el cuidado de la piel. Evitando las que contengan lanolina, alcohol, cholesteryl y parabenos.

Para proteger la piel del vendaje compresivo, utilizaremos compuestos de ácidos grasos hiperoxigenados.

La clave es la compresion y mas en paciente de riesgo isquemicoa PROHIBIDA LA ALTA ELASTICIDAD y los agho son sustituibles por buenos emolientes

2. – Productos para la cura local

Disponemos de una gran variedad de productos de cura en ambiente húmedo

Tendremos que utilizar apósitos, que se puedan utilizar bajo compresión y que no lesionen la piel perilesional.

Serán apósitos con baja adherencia, adaptables, con una elevada capacidad de absorción, y que sean capaces de desbridar tejido esfacelado/fibrina. Y que a su vez disminuyan el tiempo de tratamiento. Sería recomendable utilización de apósitos antimicrobianos, para control de la carga bacteriana.

¿que aposito? ¿cual es mejor el que mas absorbe o el que mas ventila?

3.- Terapia compresiva:

Para contrarrestar el mecanismo que provoca la úlcera, aplicamos la terapia compresiva, que facilita el retorno venoso. La terapia compresiva es esencial en el tratamiento de las úlceras venosas.

Correcto

La terapia compresiva, se basa en una serie de dispositivos, vendas y medias o calcetines. La configuración de las fibras de cada uno de estos sistemas, permite alcanzar diferentes niveles de presión.

Utilizaremos el **vendaje multicapas**: Su finalidad es combinar las propiedades de los vendajes elásticos e inelásticos. La compresión es sostenida, pero reducida en situación de reposo. **no en este caso con riesgo arterial AQUI NECESITAS BAJA ELASTICIDAD (baja presión de reposo y alta de trabajo) si la tolera y solo una venda de 10 cm aplicada en hor circular con una superposición de 50%**

Existe una gran gama. El vendaje elástico ofrece una compresión constante, mientras que el inelástico cohesivo/adhesivo aporta rigidez y mejora la función de la bomba muscular de la pantorrilla. **No tiene por que ser cohesivo**

Tendremos que tener en cuenta: La estructura física y propiedades de las vendas, las dimensiones de la pierna, la actividad física de la paciente y la habilidad de la técnica.

En pacientes que prefieren el cuidado propio, como alternativa, tendremos la media de compresión elástica.

cuidado esn este caso solo podrias poner la angio de medi <https://www.medi.de/en/products/mediven-angio/>