

Introducción Boletín AEEV

Queridos compañeros,

Ya han pasado tres años desde que nos planteamos el objetivo de editar un Boletín Informativo de la Asociación. La intención era hacerlo coincidir con el Congreso Anual, este año en A Coruña. Hasta el momento se ha conseguido este objetivo.

Seguimos con el mismo entusiasmo que el primer día, intentando informar de las actividades llevadas a cabo por los miembros de la Asociación, así como publicar trabajos de interés aportados por nuestros asociados.

Esperamos que siga siendo de vuestro agrado y os animamos a seguir participando en próximas ediciones mediante contribuciones de todo tipo, trabajos, revisiones, así como esperando recibir vuestras sugerencias para que el Boletín vaya mejorando día a día.

La Junta Directiva de la AEEV



1. Introducción Boletín AEEV

2. Son nuestros mayores

Gloria Martín Cañas

3. IV Symposium Internacional sobre terapéutica endovascular

Esther Armans Moreno

4. Hemorragia digestiva de estrés en el post-operatorio de la cirugía arterial reconstruciva del sector aorto-ilíaco

M. Begoña Freire Pérez, M. Martínez Pérez

6. Tromboangitis obliterante: Revisión

*A. Roldán Valenzuela, M. Barroso Vázquez,
M. González Morales, J. Parra Vázquez,*

8. Cuidados de enfermería en pacientes sometidos a terapia de presión negativa. V.A.C., en el proceso de curación de heridas

C. Lozano Carrero, M.E. Hernández Domínguez

11. XI Congreso Nacional del Capítulo de Flebología

Adela González Gómez

Son nuestros mayores

Gloria Martín Cañas

Al final hube de darle permiso para dejarnos. Después de cincuenta años a su lado no podría afirmar quién cuidaba más a quién. Había enfermado de esclerosis múltiple desde que yo nací. A su lado hice mis estudios en la escuela primero, en el instituto después y, al concluir la Enfermería, empezó a vivir ella a mi lado. Estos años de relación hija-madre, enfermera-enferma, me han sumergido en un mundo de reflexiones enriquecedoras. Veía su mirada triste y anhelante.

¿QUÉ TE DUELE?

Si los reflejos del dolor no se manifestaban en la parte afectada, era complicado descubrirlo. No decía nada, sufría en silencio como no queriendo molestar, como si fuera una respuesta de amor y sacrificio para no contagiar su sufrimiento.

En esos momentos la relación de hija proyectaba su luz a la enfermera para buscar el cuidado más apropiado a su enfermedad. La experiencia de la enfermera en los cuidados impartidos dentro del trabajo con los ancianos del hospital, facilitaba la labor de leer en su cara, en sus gestos, el diagnóstico de su sufrimiento.

Cuando los cuidados no sobrepasaban el ámbito de la enfermería, resultaba más satisfactorio ejercerlos en el calor del afecto filial. Los remedios parecían adquirir un efecto mágico.

PUEDES INGRESARLA

De nuevo el dilema la casa o el hospital. Los enfermos vasculares de la planta donde trabajo, volvían a ser mis mejores consejeros. Muchos ancianos se desorientan y el alivio de la atención hospitalaria no compensa el sufrimiento psicológico de la ausencia de su casa y de sus cosas. Tampoco el hospital resulta suficientemente asép-

tico para evitar nuevos contagios a unos cuerpos debilitados. Salvo caso imprescindible siempre optaba por mantenerla en su domicilio con sus hijos y al cuidado de la hija enfermera. La vejez es una enfermedad y el cuerpo va muriendo cada día un poco. Sólo la fidelidad a sus creencias la mantenía ligada a la voluntad divina de vivir «hasta que Dios quiera». Vas sintiendo que te suplica, te pide marchar y como enfermera la comprendes, como hija... también miras hacia ti y te dices: no seas egoísta, dale permiso para marchar.

Sólo la vivencia nos hace comprender el amor que puede transmitirse en el cuidado de nuestros mayores y también nos hace comprender cómo a nuestros mayores se les hace su enfermedad y los últimos años de su vida menos difíciles.



VI Symposium Internacional sobre Terapéutica Endovascular

Esther Armans Moreno



World Trade Center

Los pasados días 7 y 8 de Marzo se celebró en el Auditorio del World Trade Center de Barcelona el «IV Symposium Internacional sobre Terapéutica Endovascular (SITE)», organizado por los Servicios de Cirugía Cardiovascular y la Unidad de Angiorradiología del Hospital Clínic de Barcelona y el Hospital de Guipúzcoa de San Sebastián, dirigido a cirujanos, radiólogos, anesestesiólogos, DUE, técnicos en radiología y a todos aquéllos interesados en la patología cardiovascular. Se registraron 320 cursillistas, de los cuales 57 eran DUE.

Por primera vez se convocó un Symposium paralelo de Enfermería aus-

picado por la Asociación Española de Enfermería Vasculuar (AEEV) y la Sociedad Española de Radiología Intervencionista (SERIE) con el objetivo de familiarizar a la enfermería con los avances, técnicas y material específico que requiere la terapéutica endovascular.

La mesa redonda que se desarrolló llevaba por título «Nuevos conceptos en Terapéutica Endovascular». En ella se trataron diversos temas, desde la protección radiológica a los cuidados del paciente durante la anestesia en la implantación de endoprótesis de aorta. Se presentó una guía clínica de cuidados del paciente en el área de hospitalización y por último la metodología de seguimiento y control de las endoprótesis mediante ecografía-Doppler. Dicha mesa redonda fue moderada por Mercedes Contreras, Presidenta de la AEEV.

En segundo lugar se ofreció un taller de trabajo con el material que se requiere para la implantación de endoprótesis aórticas. Se revisaron los nuevos métodos hemostáticos quirúrgicos y percutáneos, material quirúrgico general y endovascular. Y por último



Las Ramblas



La Sagrada Familia

se invitó a la manipulación con simuladores, siendo esta actividad bien recibida por los asistentes, registrándose una nutrida participación.

Tras el éxito conseguido, se anunció la continuidad de esta reunión, manteniéndose el formato de la misma. El V Symposium Internacional de Terapéutica Endovascular se celebrará en San Sebastián el próximo año 2004

Hemorragia digestiva de estrés en el postoperatorio de la cirugía arterial reconstructiva del sector aorto-iliaco

M^a Begoña Freire Pérez¹, Manuel Martínez Pérez²

¹Supervisora de Unidad. ²Jefe del Servicio. Servicio de Angiología y Cirugía Vascul. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela

Correspondencia: M^a Begoña Freire Pérez, Fernando III el Santo 7-7^o, 15706 Santiago. jsierraq@teleline.es

RESUMEN

La hemorragia digestiva constituye una complicación mayor de la cirugía arterial directa a nivel abdominal. Se estudian 183 pacientes sometidos a cirugía arterial directa en el sector aorto-iliaco, de los cuales 32 tenían antecedentes personales de patología digestiva. Hubo una incidencia de 6.62% de complicaciones hemorrágicas. Se hace hincapié en los cuidados de enfermería precisos para tratar de evitar la aparición de estas complicaciones.

INTRODUCCIÓN

Si la hemorragia digestiva post-operatoria supone, en cualquier tipo de cirugía, un grave problema terapéutico, alcanza mayor importancia en la cirugía reconstructiva del sector aorto-iliaco por las peculiaridades que en ella y en este tipo de pacientes concurren⁽¹⁻³⁾.

La posibilidad de tener que utilizar medicación anticoagulante o antiagregante plaquetaria intra o post-operatoria que podría agravar el cuadro hemorrágico y las alteraciones hemodinámicas que puedan derivar de él, así como su repercusión sobre la reconstrucción arterial, hace que la prevención de esta complicación en estos pacientes sea mucho más necesaria.

Por otra parte, sus características generales y los factores de riesgo que en ellos confluyen como el tabaco, alcohol, dolor crónico intenso, medicación continuada con riesgo de erosión gástrica (antiagregantes plaquetarios, antiinflamatorios, analgésicos, etc.) y la intervención quirúrgica en sí, les hacen candidatos a presentar, con mayor probabilidad que otro tipo de pacientes, hemorragia digestiva de stress, que en ocasiones se presenta como una complicación inédita y en otras no es más que una reactivación de lesiones gastroduode-

TABLA I. Hemorragias digestivas de stress en la cirugía del sector aorto-iliaco (183 pacientes)

Antecedente	n	%
Úlcera gástrica	18	9,83
Úlcera duodenal	6	3,27
Gastrectomía subtotal	7	3,82
Vagotomía y piloroplastia	1	0,54
Total	32	17,46

nales cicatrizadas o asintomáticas ya conocidas.

El objetivo de este estudio es analizar este problema y valorar su repercusión así como las medidas terapéuticas más oportunas para prevenirlo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han estudiado retrospectivamente 183 pacientes que fueron sometidos a 200 intervenciones de cirugía arterial reconstructiva del sector aorto-iliaco, 14 tromboendarterectomías aorto-iliacas y 186 by-pass aorto-bifemoral con prótesis bifurcada de dacron. En todas las intervenciones la vía de abordaje empleada fue transperitoneal y a todos ellos se le había colocado durante el proceso

anestésico una sonda naso-gástrica (SNG).

De estos pacientes, 32 (17,46%) tenían antecedentes de patología digestiva, y de ellos 8 (4,36%) habían sido sometidos a cirugía por dicho motivo (Tabla I).

En todos los casos con antecedentes digestivos se realizó profilaxis con cimetidina intravenosa desde un día antes de la intervención quirúrgica hasta ocho días después. En los 151 restantes no se tomó ninguna medida profiláctica en este sentido.

RESULTADOS

En los pacientes con antecedentes digestivos en los que se realizó profilaxis

antiulcerosa no se presentó ningún episodio de hemorragia digestiva post-operatoria.

De los 151 pacientes sin antecedentes digestivos en los que no se realizó ningún tipo de profilaxis, 10 (6,62%) presentaron hemorragia digestiva post-operatoria.

De las características de estos 10 pacientes debe mencionarse que todos eran fumadores de 20 cigarrillos/día, 4 tenían intenso dolor en reposo de más de un mes de duración y 2 presentaban necrosis isquémicas en pies. La clínica fue siempre de hemorragia digestiva e hipotensión y el diagnóstico se realizó mediante aspiración de sangre por SNG, analítica sanguínea (anemia aguda) y confirmación de la lesión gastro-duodenal por endoscopia digestiva. El tratamiento consistió en los 10 casos en administrar cimetidina por vía endovenosa y agentes alcalinos localmente por SNG con control del pH, además de transfusión sanguínea en los casos que lo requería la intensidad de la anemia aguda. En nueve de los diez casos se consiguió el control de la hemorragia. En el paciente al que no se le controló la hemorragia digestiva con tratamiento médico fue necesario recurrir a una intervención quirúrgica consistente en vagotomía y píloroplastia que tampoco consiguió detenerla falleciendo por shock hipovolémico.

DISCUSIÓN

Del análisis de nuestra serie se desprende que la hemorragia digestiva como complicación post-operatoria presentó una incidencia de 6,62%, acorde con lo reportado en la bibliografía al

respecto que la cifra alrededor del 6%⁽³⁾. Pero a pesar de que su incidencia no es muy elevada, debe destacarse la potencial gravedad de su repercusión, teniendo en cuenta no solo la eventualidad de requerir tratamiento quirúrgico, con el riesgo que en un paciente post-operado supone, sino también la posibilidad de no conseguir el control del cuadro hemorrágico, como ocurrió en uno de nuestros pacientes, situación que lleva al éxito por shock hipovolémico irreversible.

Hay que considerar también las potenciales complicaciones que puedan surgir desencadenadas por el cuadro hemorrágico digestivo post-operatorio. La hipotensión grave y mantenida podría dar lugar a trombosis de la reconstrucción arterial, insuficiencia renal aguda, alteraciones cardíacas y/o cerebrales que agravarían aún más la situación clínica y ensombrecerían el pronóstico del paciente.

Debe mencionarse también que el estudio endoscópico muestra que en ocasiones la hemorragia gástrica puede no ser debida al desarrollo por stress de una lesión ulcerosa propiamente dicha sino a la lesión producida por el decúbito de la SNG colocada para evitar el trastorno de íleo paralítico post-operatorio. De ahí la importancia que los cuidados de enfermería tienen a este respecto con el fin de prevenir tal eventualidad. La movilización periódica de la SNG, el lavado de la misma y el control de la presión de aspiración son medidas que no deben descuidarse en la vigilancia post-operatoria del paciente operado por vía transperitoneal. La detección precoz del inicio de un proceso hemorrágico gástrico al advertir una coloración rojiza de la aspiración gástrica, debe

conllevar el comienzo de medidas locales para cohibirla y la estricta vigilancia para instaurar el tratamiento por vía general si persistiese. En el momento actual la ranitidina mejora los resultados obtenidos con la cimetidina con este fin.

Y aunque no existan estudios que por su diseño (aleatoriedad, doble ciego, etc.) sean estadísticamente significativos para indicar la necesidad de aplicación generalizada de medidas de profilaxis antiulcerosa de stress por vía general en este tipo de pacientes, la impresión clínica es de que al menos en los casos en los que confluyan varios de los factores de riesgo mencionados quizá sea oportuno llevarla a cabo, aunque por el momento no se haya demostrado su estricta necesidad con criterios de coste-beneficio.

En cuanto a las medidas locales de prevención, que tienen más interés desde el punto de vista de la enfermería, creemos que en ellas no existe duda de su efectividad en función de esos criterios de coste-beneficio, dado que la repercusión de un cuadro hemorrágico digestivo supera con creces el esfuerzo económico-laboral de las medidas de profilaxis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castresana de Mesa M, Moreno Molina JA, León Gil C. Et al. Lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal por stress. *Medicina Intensiva* 1977; 1:129-136.
2. Miller A Th. Stress ulceration and gastritis. En *Surgical tips*. Thomas L Dust Ed. McGraw-Hill. 1989; 367-379
3. Speranza V. Concepts actuels sur les ulcères de stress. *Chirurgie* 1982; 108:305-310.

Tromboangeitis obliterante: Revisión

A. Roldán Valenzuela¹, M. Barroso Vázquez², M. González Morales³, J. Parra Vázquez⁴

¹Enfermero HUVR Sevilla. Unidad Vasculuar; ²Enfermera HUVR Sevilla. Unidad Vasculuar; ³Enfermera HUVR Sevilla. Unidad Vasculuar;

⁴Enfermera HUVR Sevilla. Unidad Vasculuar

INTRODUCCIÓN

La tromboangeitis obliterante también conocida como «Enfermedad de Buerger» es una vasculopatía inflamatoria, no arteriosclerótica, oclusiva, segmentaria y recidivante que afecta a arterias y venas de mediano y pequeño tamaño de las extremidades y en raras ocasiones afecta a arterias viscerales.

El primer caso se divulgó en Alemania en 1897; fue un artículo de Von Winiwarter sobre una forma extraña de endarteritis ligada a gangrena de los pies. Posteriormente Buerger en 1908, Brookline (Nueva York), la describió en 11 pacientes judíos con miembros amputados, como una enfermedad en la cual los resultados patológicos característicos –inflamación y trombosis agudas de arterias y de venas– afectaban a las manos y los pies.

METODOLOGÍA

Con el objetivo de actualizar y revisar lo publicado sobre esta patología, se han revisado 11 artículos citados en Medline, utilizando los términos clave «Buerger disease» y «Thrombo-angiitis obliterans».

RESULTADOS

La tromboangeitis obliterante, afecta aproximadamente a 6 de cada 10.000 personas y casi siempre a hombres jóvenes con una edad comprendida entre los 20 y 40 años (95%), con antecedentes de tabaquismo severo.



Lesiones isquémicas en paciente con E. De Buerger (The Johns Hopkins Vasculitis Center).

Aunque la enfermedad de Buerger es más común en los varones (3:1), la incidencia aumenta entre la mujeres.

En los EE.UU, el predominio de la enfermedad de Buerger ha disminuido en la última década, en parte porque el hábito de fumar ha disminuido, pero también porque los criterios de diagnóstico han llegado a ser más rigurosos. En 1947, el predominio de la enfermedad en los Estados Unidos era 104 casos por 100.000 pacientes. Más recientemente se ha estimado en 12,6-20 casos por 100.000 pacientes.

La enfermedad de Buerger es muy común en Oriente, en Asia suroriental, en la India (es quizás la más común entre los naturales de Bangladesh, hasta un 63% de afectados, que fuman un tipo específico de cigarrillos, hecho en casa del tabaco crudo, llamado bidi) y en Oriente Medio, pero parece ser rara entre Africano-Americanos.

Ha sido una enfermedad controvertida a lo largo de la historia, pero actualmente se acepta que es la segunda causa de arteriopatía periférica crónica, con una frecuencia del 1 al 3%.

Su etiología es desconocida; la estrecha relación entre esta enfermedad y el consumo de tabaco está ampliamente aceptada, pero se ignora el mecanismo mediante el cual el tabaco influye en su aparición.

Es dudosa la intervención de factores inmunológicos, pero no se pueden tampoco descartar. Posiblemente existan factores genéticos que favorecen su desarrollo.

Algunos enfermos presentan un estado de hipercoagulabilidad sanguínea y/o anomalías en la viscosidad sanguínea que predisponen a los fenómenos trombóticos de esta enfermedad.

Lo primario es la trombosis presentando una intensa respuesta inflamatoria en el interior del trombo y con frecuencia se observa una vasculitis de los vasa vasorum (vasos que irrigan y nutren a los propios

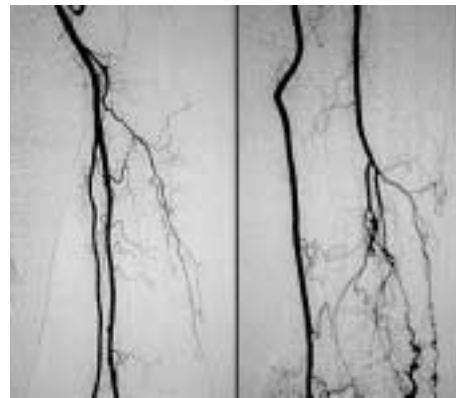


Imagen izquierda: Angiografía normal. Imagen derecha: con signos de Buerger (The Johns Hopkins Vasculitis Center).

vasos sanguíneos) de la pared de los vasos sanguíneos.

Más recientemente, se ha descrito la presencia casi constante de anticuerpos antielastina, a títulos muy altos durante la fase aguda y no tan altos en las fases de remisión como es habitual en enfermedades de tipo autoinmune, su presencia es más frecuente en pacientes con determinados tipos de HLA (HLA -B5 y HLA-A9).

La forma de presentación es variable, pudiendo aparecer de forma aguda o bien con un inicio insidioso y progresivo.

Los síntomas se deben a la oclusión arterial que empieza distalmente en las extremidades y va progresando en dirección proximal.

La claudicación del pie es característica, mientras que en miembros superiores es menos frecuente. Cuando la isquemia se va haciendo más importante el dolor aparece ya en reposo y no sólo con el ejercicio.

Los trastornos tróficos son la manifestación inicial en un 30-35% de los casos y aparecen sobre todo en los dedos de los pies y manos.

Pueden ser úlceras muy dolorosas y que en el mejor de los casos curan con un defecto estético y/o funcional o evolucionan hacia la necrosis y la consiguiente amputación de una parte de ese miembro.

A menudo se palpan pulsos distales débiles (radial, pedios), aunque suelen estar ausentes, sin embargo están presentes los pulsos proximales (braquial, popliteos).

No son raros los edemas y el fenómeno Raynaud asociado.

Casi la mitad de los pacientes presentan tromboflebitis superficiales migratoria en algún momento de la enfermedad o incluso preceden a la clínica propia de la misma, sin embargo es infrecuente la trombosis venosa profunda.

El diagnóstico, se basa en criterios clínicos, angiográficos e histológicos.

La angiografía muestra estenosis y oclusiones segmentarias bilaterales y múltiples en vasos del sistema vascular periférico con normalidad de los vasos proximales. Tienen aspecto de sacacorchos.

Hay ausencia de calcificaciones, lesiones ateromatosas y ausencia de afectación aórtica. Todo ello la diferencia de otras vasculitis.

La histología es muy específica en los estadios agudos y poco específica en los crónicos.

La proliferación de células y de la infiltración endotelial de la capa íntima con linfocitos aparece en la lesión aguda, pero la capa elástica interna está intacta. El trombo se organiza recanalizándose más adelante. Las capas medias y adventicia se pueden infiltrar con fibroblastos.

Por tanto, condición indispensable: isquemia distal de una extremidad (superior o inferior) en un individuo de aproximadamente 40 años.

Criterios mayores: tabaquismo importante. Tromboflebitis superficial migratoria (inflamación de venas superficiales) o recidivante. Ausencia de lesiones ateromatosas en la arteriografía.

Criterios menores: Sexo masculino. Fenómeno de Raynaud. Ausencia de hipertensión arterial, diabetes y dislipemia. Ausencia de trastornos embolígenos, colagenosis y hemofilia.

El diagnóstico se establece si existen tres criterios mayores ó 2 mayores más 2 menores.

El diagnóstico será probable si existen dos criterios mayores ó 1 mayor y 2 menores.

El diagnóstico es posible si existen 1 criterio mayor ó 2 menores

El pronóstico funcional es malo ya que con frecuencia es necesaria la amputación. En cuanto al pronóstico vital, éste es excelente.

El pronóstico es peor en los pacientes que siguen fumando y mejora en los pacientes que abandonan el hábito del tabaco.

La supresión total y definitiva del tabaco es en realidad la única medida efectiva.

El tratamiento médico con anticoagulantes, vasodilatadores, antiagregantes, antiinflamatorios, etc., no ofrecen un beneficio constante. Sólo, en caso de oclusión arterial aguda puede ayudar el uso de fármacos trombolíticos.

Sí es útil, sin embargo, el uso de analgésicos para el dolor, antibióticos en caso de úlceras infectadas y tratamiento de las tromboflebitis superficiales que aparezcan.

La Prostaglandina E1 (PGE 1) ha demostrado su eficacia en situaciones de isquemia crítica de extremidades inferiores en pacientes con arteriopatía oclusiva periférica (AOP). También se está utilizando en casos graves de otras enfermedades con afectación vascular: esclerodermia, ergotismo, síndrome de Raynaud o enfermedad de Buerger, y como tratamiento coadyuvante de la cirugía y el intervencionismo vascular. Su administración es endovenosa y durante al menos tres semanas.

En cuanto a la cirugía tenemos dos situaciones, por un lado la cirugía de revascularización que en general no es practicable debido al pequeño tamaño de los vasos afectados, o la simpatectomía que se realiza sólo en casos evolutivos, con dolores insoportables, con isquemia grave y que no mejoran con otros tratamientos.

CONCLUSIONES

La tromboangiitis obliterante o Enfermedad de Buerger sigue siendo una enfermedad de etiología poco conocida, aunque asociada al consumo excesivo de tabaco, que aparece predominantemente en varones jóvenes de 20 a 40 años.

Caracterizada por la inflamación y trombosis de los vasos distales de manos y pies, que provoca necrosis muy dolorosas precisando en general amputaciones progresivas.

La arteriografía y la biopsia constituyen las mejores herramientas diagnósticas.

El abandono del hábito tabaquico es hoy por hoy la mejor terapeutica, aunque el uso de las prostaglandinas ha supuesto una gran novedad en el tratamiento de esta patologia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adar R, Papa MZ, Halpern Z, et al. Cellular sensitivity to collagen in thromboangiitis obliterans. *N Engl J Med* 1983 May 12; 308(19): 1113-6.
2. Allen EV. Thromboangiitis obliterans: methods of diagnosis of chronic occlusive arterial lesions distal to the wrist with illustrative cases. *Am J Med Sci* 1929; 178: 237-44.
3. Buerger L. Thrombo-angiitis obliterans: a study of the vascular lesions leading to presenile spontaneous gangrene. *Am J Med Sci* 1908; 136: 567-80.
4. Cabezas-Moya R, Dragstedt LR 2nd: An extreme example of Buerger's disease. *Arch Surg* 1970 Nov; 101(5): 632-4
5. Cachovan M: Epidemiologie und geographisches Verteilungsmuster der Thromboangiitis obliterans. In: Heidrich H, ed. *Thromboangiitis Obliterans Morbus Winiwarter-Buerger*. Stuttgart, Germany: Georg Thieme; 1988:31-6.
6. Corelli F: Buerger's disease: cigarette smoker disease may always be cured by medical therapy alone. Uselessness of operative treatment. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 1973 Jan-Feb; 14(1): 28-36
7. Cotran R, Kumar V, Robbins S, eds: *Robbins pathologic basis of disease*. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 1999: 523.
8. Buerger L. The circulatory disturbances of the extremities: including gangrene, vasomotor and trophic disorders. Philadelphia: WB Saunders company 1924.
9. Buerger L. Symptomatology of the diseases the vessels of the extremities in the light of their pathology. *Am Clin Med* 1925; 4: 54-61.
10. Buerger L. Thrombo-angiitis obliterans: concepts of pathogenesis and pathology. *J Internat Chir* 1939; 4: 399-426.
11. Meyer W. Etiology of thromboangiitis obliterans (Buerger). *JAMA* 1918; 71: 1268.

Cuidados de enfermería en pacientes sometidos a terapia de presión negativa. V.A.C., en el proceso de curación de heridas

Carmen Lozano Carrero, M^a. Eugenia Hernández Domínguez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA TERAPIA CON V.A.C.

Justificación

La realización de este procedimiento de actuación viene dada por la alta prevalencia de individuos que presentan heridas con pérdida de sustancia, cuyo origen es muy diverso, bien sea por traumatismos, úlceras vasculares o por técnicas quirúrgicas, así como un alto índice de recidivas. A esto se le añaden:

- Los problemas que ocasionan estas heridas a la salud de los individuos y a su calidad de vida.
- Gran carga emocional y sus familiares para los enfermos

Existe un desarrollo continuo de productos para mejorar el tratamiento de diferentes tipos de úlceras, uno de ellos es la Terapia Asistida por vacío, que en la actualidad estamos aplicando en nuestro hospital.

Así mismo pensamos que es preciso continuar investigando para mejorar técnicas de tratamiento.

PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN LA CURA DE HERIDAS CON SISTEMA DE VACÍO

Definición

Conjunto de actividades de enfermería, encaminadas a promover la cicatrización de heridas en un medio húmedo y cerrado, manteniendo el correcto funcionamiento del equipo de Terapia de Presión Negativa (VAC).

Objetivos generales

1. Establecer una guía de cuidados enfermeros para este tratamiento.
2. Desarrollar conocimientos y habilidades en el manejo del V.A.C.

Objetivos específicos

1. Favorecer la cicatrización y disminuir el volumen de la herida o preparar el lecho

de la lesión para posterior reparación quirúrgica

2. Disminuir el riesgo de infección relacionado con la manipulación de heridas.
3. Detectar precozmente los factores negativos que presentan los pacientes relacionados con la instauración del tratamiento.
4. Detectar precozmente la aparición de complicaciones.

Valoración

1. Realizaremos la valoración del estado general del paciente al ingreso, detectando las necesidades que presenta.
2. Valoración específica:
 - Presencia de factores de riesgo que puedan interferir en el proceso de curación
 - Características propias de la lesión como son:
 - Localización
 - Tamaño y forma
 - Estado de los bordes y piel circundantes
 - Fondo de la herida, (limpio, necrótico, esfacelado, con tejido de granulación)
 - Características del exudado, (cantidad, olor, color)
3. Valoración psicosocial:
 - Efectos que provoca la lesión sobre:
 - Su relación con los demás
 - Su nivel laboral y económico
 - Sus anteriores capacidades
 - Su autoestima
 - Capacidad, habilidad y motivación de la persona para participar y adaptarse al tratamiento.
 - Apoyo familiar

En caso de que el paciente sea candidato a tratamiento con VAC:

- Planificación de cuidados para cubrir las necesidades básicas
- Realización de pruebas diagnósticas
- Administración de tratamiento médico

- Vigilancia de la aparición de complicaciones
- Instauración del plan de cuidados específico en la Terapia de Presión Negativa

Diagnósticos de enfermería más frecuentes en pacientes con terapia de vacío

Diagnósticos enfermeros: según taxonomía de la NANDA e Intervenciones de enfermería.

A) Deterioro de la integridad tisular

Definición: Estado en que el individuo experimenta un daño en los tejidos (tejido celular subcutáneo, muscular).

Objetivos:

- Recuperará la integridad de los tejidos.
- Mantendrá el plan de cuidados pactado hasta la curación de las lesiones.

Acciones:

- Instauración del tratamiento de presión negativa.
- Evaluación de la herida, realizando mediciones lineales y de volumen de la herida, que se realizarán el día 0 de tratamiento, a las 48 horas y posteriormente cada 4 días.
- Realización de la técnica de cura según procedimiento.
- Registro de la evolución de la herida.

Definición: Estado en que la persona presenta un aumento del riesgo de ser invadida por microorganismos patógenos.

Objetivo:

- Se mantendrá libre de infección.

Acciones:

- Enseñanza al individuo de los hábitos higiénicos que debe seguir
- Cumplimiento del procedimiento de cambio de apósito establecido, según evolución de la herida.

- Vigilancia del estado nutricional e hidratación del paciente.
- Valoración continua de signos y síntomas de infección.
- Si aparecen síntomas de infección, recoger muestra para cultivo y comunicar al médico.

C) Deterioro de la movilidad física, relacionado con las restricciones impuestas al movimiento (por aparataje)

Definición: Limitación de la capacidad para el movimiento físico, independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Objetivo:

- El paciente será capaz de asimilar la restricción de movimientos secundaria a la instauración de la terapia.
- Cooperará en la movilización de acuerdo con sus capacidades, durante el tiempo pactado.

Acciones:

- Información/Educación de enfermería al paciente de los movimientos que puede realizar.
- Información de enfermería al paciente de los beneficios que se obtendrán en la evolución de la herida.
- Identificar las actividades que la persona puede hacer de forma autónoma, y aquellas en las que necesita ayuda y el grado de ésta.
- Dejar al alcance de la persona los objetos que pueda necesitar, así como el timbre de llamada y objetos de distracción.

Procedimiento

Información y enseñanza

- Explicar el procedimiento del cuidado de la herida, antes y durante la realización del mismo, solicitando su colaboración.
- Prepararle psicológicamente para reducir el miedo, la angustia, la ansiedad, etc.
- Recomendarle que comunique cuanto

antes cualquier anomalía que detecte (dolor, mal funcionamiento del sistema, etc.),

Material

- Paños estériles.
- Gasas, apósitos.
- Guantes estériles.
- Apósitos de poliuretano adhesivo transparente.
- Apósito de silicona no adherente.
- Suero salino para lavado.
- Solución de Clorhexidina 0,1%
- Hojas de bisturí.
- Tijeras estériles.
- Bolsa para residuos.
- Esponja de poliuretano (negra), o de alcohol polivinilo, (blanca o suave).



- Canister (Deposito de 350 cc, específico de la Bomba, que recoge el exudado de la herida).
- Bomba de vacío

Técnica

- Levantar apósito despegándolo se forma suave, humedeciéndolo con suero fisiológico si es necesario.
- Observar la herida y verificar el estado de la misma.
- Limpiar la herida con suero salino, de dentro hacia fuera y de arriba hacia abajo.
- Secar con toques suaves, sin friccionar. Seleccionar el tipo de esponja dependiendo de las características de la lesión. Esponja negra de Poliuretano en heridas profundas y cavitadas, o esponja blanca o suave de alcohol polivinilo para heridas poco profundas, que pre-



cisen reepitelización, o con exposición tendinosa.

- Con una hoja de bisturí o tijeras estériles recortar la esponja del mismo tamaño y forma que la cavidad de la herida con la finalidad de que esta contacte con el fondo y paredes de la misma sin producir presión. Si por la forma de la herida queda alguna zona sin rellenar se introducirán trozos de esponja más pequeños, que al sellar la herida actuarán como si fuera una sola esponja.
- En uno de los extremos de la esponja, con el bisturí, se practica una incisión



en forma de cruz para la inserción de un tubo de drenaje que conecta la esponja con el aparato de vacío.

- Sellamos la herida con la esponja y el tubo de drenaje colocado, mediante un apósito de poliuretano adhesivo. Es importante colocar el apósito adhesivo sobre piel seca y que cubra más de 5 cm alrededor de la herida, cuidando que no queden pliegues ni arrugas, para evitar fugas y pueda realizarse el vacío



- Conectamos el tubo de drenaje al Canister que va acoplado a la bomba de vacío, tiene una capacidad de 350 cc y está dotado de un sistema antiespumante y antiolores. Se cambiará cuando este lleno.
- Una vez montado y conectado todo el sistema se enciende el aparato, que empezará a funcionar por defecto en «Terapia continua a 125 mm Hg de vacío», que puede ser modificada por indicación médica.
- Una vez conectada la bomba comprobar la hermeticidad del sistema, cuando la esponja se colapsa y no suenan las alarmas.
- El cambio de esponja se realiza c/48 horas.

Consideraciones generales

- La herida debe estar rodeada de suficiente tejido intacto para mantener un cierre hermético.
- La herida debe tener la suficiente abertura para poder insertar la esponja.
- Antes de iniciar el tratamiento, se debe retirar el tejido necrótico que presente la herida.
- La bomba debe estar conectada al menos durante 22 h al día, limitando en lo posible las desconexiones.

Vigilancia de la aparición de complicaciones

1. Intolerancia de la piel del paciente a cambios frecuentes de apósito.
Para proteger la piel, cortar la lamina selladora siguiendo el contorno de la esponja, retirar la misma, lavar la herida e insertar una nueva esponja, sellando nuevamente la lesión.
2. Intolerancia de la piel a la lamina selladora.
Variar la zona de contacto de la lamina selladora con la piel, en cada cambio de apósito, dentro de lo posible.
En casos de intolerancia severa se puede proteger la piel con apósito hidrocólicoide extrafino, colocando la lamina de poliuretano encima de éste.
3. Riesgo de aparición de úlceras por decúbito, en el entorno de la lesión.
Puede ser debida a la presión que ejerce el tubo de drenaje en la piel perilesional. Colocar el tubo por encima de la piel puenteado con la lamina selladora. Variar la dirección del tubo de drenaje en cada cambio de apósito.
4. Aparición de olor intenso. Puede producirse por:
 - Infección de la herida: Cambiar el apósito c/ 12 horas, limpiar la herida con soluciones antisépticas. Una vez desaparecida la infección reiniciar los cambios de apósito c/ 48 horas.
 - Interacción de la esponja y los fluidos de la herida: el tipo de bacteria y proteína presentes en la herida pueden ser los causantes de la aparición del olor, sin que esto signifique que la heri-

da esta infectada. Para disminuir la carga bacteriana y la intensidad del olor se realizará limpieza exhaustiva.

5. Aparición de dolor.
Si el paciente refiere que aumenta el dolor, se puede bajar la presión de vacío de 25 en 25 mm Hg, hasta que cese el dolor. La presión mínima requerida es de 50 mm Hg para la esponja negra y 125 para la blanca.
6. Aparición de hemorragia.
Vigilar especialmente la aparición de sangrado en aquellos enfermos que estén anticoagulados y en aquellos que presenten una hemostasia difícil después del desbridamiento

Conclusiones

En nuestra experiencia la Terapia de Presión Negativa, VAC:

- Es un procedimiento alternativo eficaz en el tratamiento de heridas con escasa tendencia a la cicatrización espontánea
- Hay menor manipulación de las lesiones, y por tanto menor riesgo de infección.
- La unificación de criterios y el establecimiento de un protocolo de actuación en la terapia con VAC nos permitirá poder facilitar una prestación de cuidados de calidad a pacientes con deterioro de la integridad cutánea o tisular.
- La valoración conjunta del paciente por parte del equipo sanitario encargado de la instauración, cuidado, vigilancia y mantenimiento del tratamiento es fundamental para el éxito del mismo
- Es importante la información y comunicación porque favorecen el conocimiento y comprensión del tratamiento, sobre todo por las restricciones de movilidad
- La aceptación y adaptación al tratamiento por parte del usuario y la colaboración y apoyo familiar en el cuidado es una parte importante del mismo.
- Una vez conseguida la adaptación del paciente a la terapia se observa mayor comodidad en las curas y mejora su bienestar.

XI Congreso Nacional del Capítulo de Flebología

Adela González Gómez

Se ha celebrado durante los días 23 al 26 de abril en Oviedo el XI Congreso Nacional del Capítulo de Flebología.

Dicho Congreso es organizado por el Capítulo de Flebología de la SEACV, este año y por mediación de su presidente el Dr. Marinel. Lo la AEEV ha recibido la invitación a participar en el «Simposium sobre Diagnóstico y tratamiento de las úlceras de Etiología Vascular».

Esta Mesa redonda estuvo constituida por 6 ponentes de los cuales 3 son enfermeros de Atención Primaria y Atención especializada.

Después de la Epidemiología y el Diagnóstico diferencial de las úlceras vasculares cuyos ponentes fueron el

Dr. Rodríguez Piñero y el Dr. Llana Coto respectivamente.

Dña. Ana Abejón Arroyo, enfermera de A. Especializada del Hospital Universitario de Valladolid que expuso un tema muy de enfermería «Tratamiento local de la Úlceras vasculares» en el que hizo un repaso sobre los apósitos existentes en el mercado y la correcta indicación y uso de éstos.

Seguidamente Dña. Adela González Gómez enfermera del H.U 12 de Octubre de Madrid que habló de la «Prevención y Calidad de vida en pacientes con Úlceras Vasculares», haciendo hincapié en la necesidad de abordar la atención a estos pacientes desde una perspectiva integral que

contemple un Plan de cuidados integral para pacientes y familia o cuidadores.

El Sr. Raúl Capillas Pérez director de Enfermería del Área Básica de Hospitalet con la Ponencia «Situación y Problemática actual en el manejo de Úlceras Vasculares en Enfermería de Atención Primaria» expuso la necesidad de establecer líneas de actuación conjunta entre A. Especializada y A. Primaria que satisfagan a todos los profesionales y que nos ayuden a aumentar la eficiencia de ambas áreas de salud.

Este Simposium se celebró el primer día y contó con gran nº de asistentes en la sala de los cuales una gran parte eran profesionales de enfermería.



Trabajamos Juntos
por la Vida



Coloplast

Para mayor información llame:

900 21 04 74

¡Llamada gratuita!

