

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA.- V.A.C.,

EN EL PROCESO DE CURACION DE HERIDAS

Carmen Lozano Carrero
M^a. Eugenia Hernández Domínguez
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

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

1.- 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 para los enfermos y sus familias.

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 VACIO

1.- 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).

2.- 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 ESPECIFICOS

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.

3.- 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

4.- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA MAS FRECUENTES EN PACIENTES CON TERAPIA DE VACIO.

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.

5.-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 precisen 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.

6.- 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.

7.-VIGILANCIA DE LA APARICION 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 herida 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

8.- 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.