

Cierre de herida asistido por vacío (VAC)

Autores: Jiménez Domínguez Jesús; Torres Domínguez Manuela, Valero Montero M^a Rosario

INTRODUCCIÓN

La terapia de cierre asistido por vacío es un **sistema no invasivo** que facilita la cicatrización y curación de heridas aplicando presión negativa controlada en el lugar de la herida suministrada por una bomba mediante un tubo que somete a descompresión un apósito.

Indicada en: UPP, úlceras vasculares, heridas postoperatorias, fracturas abiertas con afección de partes blandas. **Contraindicada en** osteomielitis no tratada, fístulas comunicadas con órganos y cavidades, isquemias, exposición directa de vasos sanguíneos y nervios.

Ventajas que presenta son: eliminación del exudado y optimización de la humedad, reduce el edema tisular, aumenta la perfusión sanguínea local, estimulación de la angiogénesis y crecimiento de tejido de granulación, reducción de la colonización bacteriana.

Objetivo: evaluar la efectividad y rapidez de la limpieza de la herida y el tiempo necesario para el cierre total de la herida.

MÉTODO

Para ellos hemos realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos; Medline, Pubmed, Cochrane, Biblioteca Virtual de Salud, Hispana, Dialnet, acerca de la efectividad de la terapia VAC, en cuanto al tiempo necesario para la limpieza de la herida y su cierre al completo, así como de las posibles complicaciones que pueden surgir con el uso de esta terapia.

RESULTADOS



En condiciones ideales, las heridas responderán rápidamente en aproximadamente una semana, mostrando signos de formación de tejido de granulación. El tratamiento debe de mantener si al cabo de una o dos semanas se reduce la superficie de la herida. Deberemos de considerar que en úlceras crónicas y que no han respondido adecuadamente a otros tratamientos, el tejido de granulación puede aparecer pasadas dos semanas de tratamiento.

COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN
Intolerancia a la piel 2 ^a lámina selladora	Variar zona de contacto en cada cambio de apósito. Proteger piel con apósito hidrocoloide extrafino.
Erosión tejido sano	Recortar esponja a la forma exacta de la herida. La irritación suele resolverse normalmente en 24-48 horas. No dejar la esponja o apósito más tiempo del recomendado. Evitar hacer fuertes presiones en su inserción. Proteger piel frágil y perilesional. Levantar apósito suave humedeciéndolo si es necesario.
Fuga a través de la lámina selladora	Mantener piel limpia y seca antes de colocar la lámina. A veces son necesarios los apósitos hidrocoloide.
Úlceras por presión 2 ^a tubo de drenaje	Variar dirección o posición del tubo en cada cambio de apósito. Colocar tubo por encima de la piel puenteado con la lámina selladora.
Olor intenso	2 ^a infección: Realizar monitorización intensa. Plantear cambio de apósito más frecuente. Una vez controlada la infección, reiniciar los cambios c/ 48 horas. Reevaluar pruebas microbiológicas. 2 ^a interacción esponja-fluidos herida: Optimizar limpieza herida.
Dolor (Puede resultar normal su aparición durante los primeros 20 minutos de conexión al vacío)	2 ^a colocación: Disminuir presión de vacío de 25 en 25 mmHg hasta cesar el dolor. La presión mínima requerida es de -50 mmHg para la esponja de poliuretano y de -125 mmHg para la de polivinilalcohol. Comenzar por presiones bajas de -50 mmHg e ir subiendo progresivamente. 2 ^a retirada: En heridas muy dolorosas, bien en niños o adultos, plantear sedación o anestesia.
Sangrado	Retirar esponja con delicadeza. Humedecer si es necesario. Realizar pequeña presión zona sangrante. Vigilancia estrecha en pacientes con sangrado activo, anticoagulados y los que presentan grandes heridas. Monitorizar si es necesario. No emplear contenedores de gran volumen (ej. 1000mls) cuando alto riesgo de sangrado. Tener en cuenta talla, peso, tipo de herida, estado físico...). Interrumpir terapia si se observa sangre fresca (color rojo intenso) en el contenedor.

CONCLUSIÓN

Mediante la terapia VAC se reduce la complejidad, aparecen menos complicaciones en este tipo de heridas y hay un menor tiempo en la curación, facilitando así la recuperación y la incorporación de la persona a su vida habitual antes que con las terapias habituales.

Aunque parezca un método que puede resultar caro, éste puede verse justificado por el menor número de complicaciones, mejora en la calidad de vida del paciente, menor tiempo de estancia hospitalaria, menor carga de trabajo para el personal de enfermería al tener que realizar menos curas diarias, y así poder dedicar más tiempo a cumplir con los planes de cuidados realizados en la práctica habitual, y al tener que cambiar menos veces los apósitos también supondría un menor coste.

BIBLIOGRAFÍA

- Tejada Domínguez F.J. Cierre Asistido por Vacío como herramienta de mejora en la curación Heridas Agudas y Crónicas. ENE, Revista de Enfermería 4(3):61-74, dic 2010.
- Robledo Ogazón F, Mier y Díaz J, Sánchez Fernández P, Suárez Moreno R, Vargas Rivas A, BojalilDurán L. Uso del sistema de cierre asistido al vacío VAC® en el tratamiento de las heridas quirúrgicas infectadas. Experiencia clínica. Cir. Cir. 2006; 74:107-13.
- Macedo Barreira F, Carriquiry C E.. Tratamiento de heridas utilizando presión negativa tópica. BIOMEDICINA, 2006, 2 (2) - 122-130