

CUATRO AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO EFICAZ DEL SÍNDROME COMPARTIMENTAL GRACIAS A LA COMBINACIÓN DE TPN Y UNA CAPA DE CONTACTO DE MEMBRANA POLIMÉRICA

Geert Vanwallegem CNS, Wound Care and Pressure Ulcer prevention
H. -Hartziekenhuis Roeselare-Menen vzw, Bélgica

INTRODUCCIÓN

El síndrome compartimental es una enfermedad dolorosa que lleva a una peligrosa acumulación de la presión en el interior de los músculos que produce una disminución del flujo sanguíneo y la necrosis de los tejidos. El síndrome compartimental agudo es una urgencia médica que requiere tratamiento quirúrgico inmediato con fasciotomía para aliviar el exceso de presión. En nuestro hospital combinamos frecuentemente la fasciotomía con la terapia de presión negativa (TPN) utilizando un sistema de aspiración por vacío colocado sobre las heridas abiertas para favorecer la rápida reducción de la hinchazón. El tiempo medio del tratamiento con TPN es de dos semanas. Los cambios de apósito se realizaban con frecuencia en el quirófano, ya que son dolorosos y largos debido a la invasión del tejido de granulación en la espuma empleada con la bomba de vacío. La invasión del tejido también produce abundante hemorragia durante los cambios de apósito. Los lugares de incisión de la fasciotomía se cierran habitualmente y en última instancia mediante injertos cutáneos, que resultan dolorosos y con frecuencia no son deseables desde una perspectiva estética.

OBJETIVO

Reducir costes y mejorar los resultados de los pacientes, entre otros:

- .Reducir la frecuencia necesaria de anestesia en los pacientes;
- . Reducir el tiempo de quirófano y los costes asociados;
- .Reducir la necesidad de la analgesia previa al cambio de apósito;

.Reducir la cantidad de hemorragia asociada con los cambios de apósito.

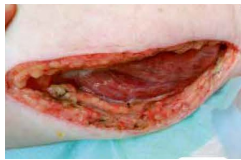
DISCUSIÓN

Antes de utilizar AMP como capa de contacto, se realizaban la mayoría de los cambios de apósito en quirófano con anestesia general debido a la invasión dolorosa del tejido de granulación en la espuma de TPN. Al utilizar Apósitos de membrana polimérica (AMP) como capas de contacto, esto no ha sucedido nunca.

No hemos calculado el ahorro exacto en costes, pero resulta obvio que se han producido unos ahorros tremendos no solo para el hospital, sino también para las aseguradoras afectadas, a pesar del coste adicional de la capa superficial de AMP. Antes lo intentábamos utilizando varias capas de contacto con la herida con éxito diverso: algunas se salían de su sitio y otras se adherían al tejido. Con los AMP no experimentamos adherencia y la estructura del tejido de granulación parece más limpia.

MÉTODO

Se colocaron apósitos de membrana polimérica* (AMP) como capa de contacto antes de la TPN posterior a la fasciotomía. Los cambios de apósito, sin la premedicación para el dolor, se realizaron dos veces por semana junto al lecho del paciente. Una vez reducida la hinchazón, limpio el lecho de la herida y aproximadas de forma natural la granulación y la piel, se interrumpió la TPN y o bien se realizó un injerto cutáneo o se continuó con AMP hasta el cierre.



Día 1



Día 20



Día 37



Día 1 medial



Día 1 lateral



Día 21

Fasciotomía del brazo en un anciano a causa de una caída en el domicilio.

En los casos en los que gran parte del músculo queda expuesto, siempre teníamos problemas con la invasión del tejido, unida a una hemorragia abundante. Al utilizar AMP como capa de contacto, hemos eliminado estos problemas y los cambios se pueden realizar junto al lecho del paciente. El día 20 interrumpimos la TPN y continuamos con AMP hasta el cierre completo, lo que proporcionó al paciente una cicatriz estéticamente agradable.

Fasciotomía a ambos lados de la parte inferior de la pierna debido a complicaciones después de una trombectomía.

La combinación de AMP como capa de contacto y TPN facilitó la rapidísima reducción del edema y la rápida formación del tejido de granulación. Sin hemorragias en los cambios de apósito realizados junto al lecho del paciente sin necesidad de anestesia. El cirujano optó por los injertos cutáneos debido a la cantidad de pérdida de tejido a ambos lados de la pierna. El cierre rápido resultó crítico para evitar futuras complicaciones.



1 semana antes del TPN



Día 1



Día 8



Día 21



Día 36



Día 48

Fasciotomía de la pierna debido a síndrome compartimental.

La pierna estaba críticamente isquémica y empezaba a estar edematosa. También había gran cantidad de tejido necrótico, lo cual era una contraindicación para la TPN, de manera que en un principio fue tratado solo con AMP hasta que se le hubo practicado una necrotomía.

Tras las primeras aplicaciones de TPN detectamos nuevo tejido necrótico en las capas más profundas, por lo cual fue necesario desbridar el tejido hasta que este estuvo limpio.

Cuando ya no fue necesario el desbridamiento, pudimos realizar los cambios de apósito en el lecho del paciente gracias a la capa de contacto de AMP.

Llevó más tiempo del habitual que pudimos realizar los cambios de apósito en el lecho del paciente gracias a la capa de contacto de AMP. Cuatro días más tarde se realizó un injerto cutáneo.

El injerto ha prendido bien pero, como se puede observar, quedará una prominente cicatriz en toda esta gran zona. Se utilizan AMP para cubrir el injerto.

RESULTADOS

Durante los últimos cuatro años hemos tratado a 15 pacientes con casos de síndrome compartimental y amenaza de pérdida de la extremidad utilizando este método. Con AMP como capa de contacto, no había invasión del tejido de granulación ni riesgo de adherencia del apósito al tejido de granulación. Como resultado de ello, ninguno de los pacientes necesitó sedación o que le realizaran los cambios en el quirófano. Normalmente, se interrumpió la TPN después de 4 o 5 cambios de apósito. Las heridas tratadas con AMP durante toda su trayectoria hasta el cierre tenían mejor apariencia estética que las que se habían sometido a injerto cutáneo. Los resultados aquí explicados coinciden con la información que se tiene sobre los AMP. Los apósitos están específicamente diseñados para no adherirse a una herida abierta y para ayudar a reducir el dolor de la herida crónica y postoperatorio. Los AMP han demostrado reducir la cantidad de inflamación en los tejidos si se aplican en contacto con las heridas abiertas y la piel de las lesiones.

Además de los costes reducidos asociados con el cambio de los apósitos junto al lecho del paciente, hay otros ahorros de costes que nos ofrece este abordaje: menos injertos cutáneos, alta hospitalaria más rápida, eliminación de la programación de emergencia del quirófano para realizar cambios de apósitos en TPN imprevistos; y lo más importante, la atención sanitaria se centra en los resultados de los pacientes. Cuando se han utilizado AMP, los pacientes han mejorado sus resultados clínicos y estéticos. Una de las mejoras clave de los resultados fue la reducción del dolor. Es un hecho comúnmente aceptado que la reducción del dolor, particularmente sin necesidad de analgésicos, mejora la curación del paciente.

**Apósitos para cavidades PolyMem® WIC Apósitos y Apósitos para heridas PolyMem® Wound. Fabricados por Ferris Mfg Corp, Fort Worth, TX 76106, USA. El presente estudio no fue patrocinado.*