

CASO CLÍNICO

Efectos y consecuencias de una úlcera en la FAVI de un enfermo renal. Actuación de Enfermería

M. Eugenia Ausin
Rosa Alonso

Equipo de Enfermería Nefrológica
Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla". Santander

INTRODUCCIÓN

La piel es la primera línea de defensa del organismo, protectora frente al medio externo. Una vez perdida la continuidad de la misma se convierte en una herida abierta y pasa a ser vulnerable al dolor, a la infección y a otras complicaciones.

En el enfermo renal, esto se agravaría, dada la vital importancia que tiene el acceso vascular así como el cuidado del mismo.

ANAMNESIS

La enfermería tiene un papel fundamental en la prevención y cuidado de úlceras y lesiones.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 69 años, casado y con buen estado psicosocial y familiar. Antecedentes personales:

- Insuficiencia cardíaca (Taquicardia auri ... paro ...).
- Diabetes Mellitus tipo II, 31 años de evolución, insulino-dependiente.
- Nefropatía diabética con Insuficiencia renal crónica en fase terminal.
- Exfumador, exbebedor.
- Hace tiempo, síndrome depresivo de varios años de evolución, agravado en 1971 por problemas laborales. Sintomatología psicótica.

- Múltiples patologías digestivas y vesicales.
- Comienza tratamiento sustitutivo, diálisis peritoneal (CAPD) el 24 de mayo de 1996 hasta el 29 de septiembre de 1997 al tener que abandonar la técnica por mal funcionamiento peritoneal y consiguiente cierre del catéter peritoneal.
- 27-XI-97, Intervención quirúrgica: "1.ª FAVI en extremidad superior izquierda".

SUCESO

- 11-II-98, mal flujo hacia el codo (extremo distal).
- 13-II-98, se punciona FAVI por debajo de la anastomosis, en ramal arterializado hacia la mano. Hemodiálisis sin problemas.
- Accidente: Al retirar la aguja y comprimir la zona 20', ésta comienza a hincharse, haciéndose incontrolable el proceso de dejar de sangrar, produciéndose un gran hematoma que invade todo el dorso de la mano, llegando a los dedos.



Aspecto de la mano al mes de producirse el hematoma.

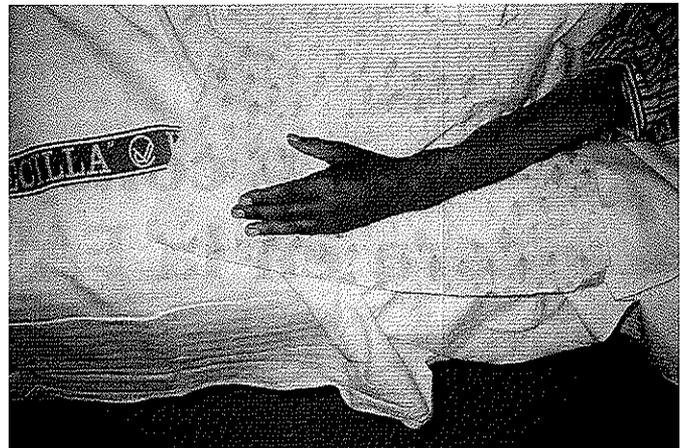
Correspondencia: Rosa Alonso.
Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla".
Instituto Nacional de Salud - 39008 - SANTANDER

MEDIDAS INMEDIATAS

- Se continúa con la compresión, se llama a los cirujanos cardiovasculares, quienes mandan analgesia, vendaje compresivo y esperar evolución.

EVOLUCIÓN

- 17-II-98, Desastre: enorme hematoma en dorso de la mano.
 - Dedos cianóticos y llenos de ampollas, edematizados.
 - La zona donde se efectuó la compresión, era una gran ampolla que cubría una escara.
 - La palma de la mano impresionaba por su lividez.
- Plan de cuidados:
 - Cura con campo estéril, mascarillas, guantes.
 - Drenaje de todas las flictenas (ampollas), sin retirar la piel.
 - Mercurocromo acuoso como antiséptico local.
 - Gasas empapadas en pomada de Nitrofurazona cubriendo todos los espacios de la mano.
 - Vendaje compresivo en dedo por dedo.
- 27-II-98: Evalúan la eficacia de nuestros cuidados.
 - Se habían secado las ampollas de los dedos.
 - La escara del dorso presentaba buen aspecto a pesar de su gran tamaño.
 - Las zonas lívidas de la palma de la mano eran más persistentes. Apenas es valorable una disminución del edema. Empezamos a temer por su futuro.
- 9-III-98: Al persistir un gran hematoma fluctuante, pensamos que el punto de sangrado, no debía estar resuelto y que la propia tensión de la mano comprimía al no tener lugar por donde salir. Se lo comunicamos al médico de la Unidad y decidimos llamar de nuevo al cirujano cardiovascular quien, pensado que era un hematoma y desoyendo nuestro consejo, le hizo una pequeña incisión lateral en la que fue imposible contener la hemorragia. Intervención quirúrgica: Se practica incisión oblicua. Vaciado de hematoma y sutura y ligadura de vaso desgarrado que se había producido a 2 cc. de la punción arterial. El paciente queda ingresado.
- 11-III-98, nuevamente hematoma en el dorso de la mano. No lográbamos que el paciente mantuviese su extremidad elevada.



Evolución a los dos meses.

- El problema persiste, replanteamos las actuaciones.
 - Drenaje por aspiración del hematoma.
 - Cura seca sobre la sutura.
 - Furacín pomada en la zona de la escara.
 - Vendaje compresivo individualmente por los dedos y la mano en su totalidad, procurando siempre salvar la FAVI.
 - Utilizando un soporte de suero, sujetando el codo como base para comodidad del paciente vendamos la mano al soporte y mantuvimos esta situación con cura diaria durante 72 horas.

El plan de cuidados posterior fue:

- 16-III-98, pudimos afirmar que la mano y la FAVI permanecerán intactas.
 - Cura con campo estéril, mascarilla, guantes.
 - Drenaje de todas las flictenas (ampollas) sin retirar la piel.
 - Desinfección local con Mercromina al agua.
 - Cubrimos todos los espacios de la mano con gasas empapadas en Furacín como profilaxis.
 - Vendaje compresivo dedo por dedo.
 - Elevación de la extremidad afectada. Asegurándonos que el paciente la mantenga y conozca la importancia de la misma.
 - Conseguimos una resolución total del problema.

DISCUSIÓN

Una adecuada actuación de enfermería en este caso fue imprescindible para lograr la recuperación total de la mano del paciente y del acceso vascular.

- Fue felicitado el personal de Enfermería por el Servicio de Cirugía Cardiovascular, ellos afirmaron que desde que vieron la evolución de este problema en la mano, creyeron que la extremidad no sería viable.