

CONSIDERACIONES ACERCA DE LA CURA ELASTOCOMPRESIVA NUEVO TIPO DE VENDA

MIGUEL VÁZQUEZ ROCHA

Director del Carnet de Salud, Ministerio de Salud Pública. Asistente del Centro de Cardiología, Director Eugenio J. Isasi, y Miembro de la Fundación Procardias, Director Roberto Velasco Lombardini. Montevideo (Uruguay)

La cura elastocompresiva tiene importantes indicaciones en la práctica angiológica.

Su principal aplicación es la lucha contra la insuficiencia venosa o linfática crónica. En estos procesos patológicos, caracterizados como se sabe por las alteraciones tisulares de los miembros inferiores, la cura compresiva es el elemento terapéutico primordial. En efecto, no sólo las lesiones anatómicas que fundamentan estas condiciones mórbidas son de naturaleza tal que su reparación por métodos médicos o quirúrgicos es muy difícil, sino además porque la cura que comentamos es el único capaz de facilitar la génesis de nuevas vías de retorno profundas y por lo mismo reforzadas por la almohadilla muscular, proporcionando al enfermo un alivio mediante la compensación mecánica de su trastorno circulatorio.

Porque no cabe duda de que la compresión elástica, exprimiendo los vasos superficiales los vacía en los profundos y a éstos a su vez les comunica la fuerza necesaria para abrirse paso hacia el corazón, utilizando nuevas vías, por la entrada en función de nuevos sectores vasculares antes inactivos, o aún por verdadera flebopoyesis.

Si se tiene en cuenta que esta compresión se hace por razones técnicas y anatómicas más intensamente en la superficie (vasos sin apoyo muscular), esa nueva vía de retorno se fraguará en las capas profundas. Y eso es precisamente lo que conviene. El vaso superficial desarrollado para llenar funciones supletorias, carente de la vaina muscular y con válvulas insuficientes no constituye para la economía una solución satisfactoria.

Se dirá que tampoco el vaso profundo de nueva formación, o simplemente neoadaptado, vale gran cosa desde el punto de vista valvular.

Puede que ello sea así, pero es necesario demostrarlo en forma convincente; lo que hasta hoy no se ha hecho. Los estudios flebográficos en este sentido nada demuestran, pues es aún discutible la no existencia de un reflujo venoso retrógrado normal y además está fuera de toda duda que el Diodrast no es sangre, como tampoco lo son ninguno de los medios de contraste hasta hoy utilizados. Además, la circulación centrípeta se hace aún sin válvulas y tiene por fundamento el apoyo que las masas musculares,

el tono muscular de los músculos esqueléticos y el de las paredes vasculares prestan a aquélla, haciendo fluir la sangre hacia el punto donde encuentran menor resistencia, es decir, hacia el corazón, pues a medida que se asciende en el sistema venoso más baja es la presión. Siendo cero a nivel del corazón o aún negativa en la aurícula derecha.

Esa influencia del tono muscular es lo que explica por qué aparecen varices en sujetos en los cuales ese tono está afectado (parálisis de diversos tipos o afecciones nerviosas o endocrinas con reducción del tono muscular). Tal vez sea esa una de las causas de las varices del embarazo, de la menopausia, etc.

La experiencia y la observación clínicas, jueces inapelables en esta clase de debates, han dictado ya su sentencia definitiva: la cura compresiva, correctamente aplicada, mejora los sufrimientos del paciente porque mejora las condiciones circulatorias de sus miembros. No existe ningún tratamiento médico o quirúrgico que cuente con tanta aprobación como éste. Naturalmente que la inquietud del investigador lo impulsa a marchar al encuentro de un tratamiento eficaz que acarree la curación total, definitiva, integral del mal en cuestión. Eso es digno de encomio.

Pero esa búsqueda, para tener éxito, tendrá que tener por fundamento científico la imitación de la naturaleza. Ella lucha siempre y nos señala la senda que debemos seguir. Si a veces no logra todo el éxito deseable es porque intervinieron en su contra factores importantes que es peligroso desconocer. Nunca su labor fracasa porque el principio aplicado sea erróneo. Cuando ayudamos su esfuerzo por contrarrestar los efectos de la insuficiencia venosa periférica, ella procura encauzar la circulación de retorno por la profundidad; y existen observaciones que han demostrado la circulación centrípeta aún por vasos recanalizados, sin válvulas, bajo el impulso motor comunicado por las masas musculares y su tono.

Seguramente, por vía de esa imitación de la naturaleza, ha de llegarnos un día el método curativo o radical de la insuficiencia venosa o linfática crónica: la Naturaleza recanaliza vasos y utiliza la vía profunda, procura el apoyo del musculo esquelético para impulsar centrípetamente la circulación venosa de retorno. Nunca suprime vasos: los neoforma, los recanaliza. Mientras tanto nuestro esfuerzo será conducente a ayudarla en su lucha. Esos vasos que tienden a suprimir ciertas técnicas quirúrgicas no son siempre ineficientes, pues existen hechos demostrativos de su papel fisiológico en decúbito y en la marcha (Véase *TOURNAY* (3-4) y *SHUMAKER* y colaboradores (2)).

En ese sentido la cura elastocompresiva es un recurso de incalculable valor.

INDICACIONES DE LA CURA ELASTOCOMPRESIVA

Pueden resumirse en dos: la insuficiencia venosa aguda o crónica y la linfática crónica.

La insuficiencia venosa crónica caracterizada por el edema, la pigmentación, la dermatitis, la capilaritis, la induración del celular y la úlcera, y la linfática por el edema y la elefantiasis, son su principal aplicación.

La compresión exprime los espacios intercelulares, aumentando su presión y facilitando el pase de los líquidos de ellos al capilar, contraría la presión hidrostática reduciendo la presión en el sector venoso del capilar y exprimiendo los vasos menores en los mayores y a éstos hacia la profundidad. Son cosas demasiado sabidas para insistir.

Además protege un miembro frágil contra traumatismos agresivos y aún contra invasiones bacterianas u otras.

PRÁCTICA DE LA CURA ELASTOCOMPRESIVA

Habitualmente se recurren en la práctica a tres géneros de vendas:

- 1). — Las vendas de tela de algodón elástica.
- 2). — Las vendas de caucho.
- 3). — Las vendas adhesivas (elastoplast).

No hablamos de otros tipos de cura compresiva, como el enyesado o la bota tipo Unna, porque en realidad no son elásticos y además son a menudo rechazados por el paciente.

Ahora bien, el material mencionado no satisface siempre.

Las vendas de tela de algodón existentes en el comercio por lo general son defectuosas o sólo son elásticas en un solo sentido (generalmente longitudinal) o pierden rápidamente esa elasticidad lo que les resta eficacia y hace engañoso el tratamiento.

Tienen además el inconveniente de que se afirman poco sobre la piel, por lo cual se deslizan, forman pliegues que traumatiza la piel, o puentes sobre zonas que no quedan bien comprimidas y por lo mismo acumulan el edema. El muslo es prácticamente imposible de vendar en forma estable durante la deambulación, debido a esta falta de fijación que hace deslizar la venda hacia abajo, dada la forma cónica del mismo con su vértice hacia la parte inferior. Ninguno de los métodos de vendaje no adhesivos usados hoy se mantiene en forma duradera.

Los vendajes del segundo tipo, de caucho, son pesados, impermeables y por lo mismo difíciles de soportar, después de algún tiempo, debido a que maceran la piel y ocasionan dermatitis. Además en el muslo no se sostienen.

Los vendajes adhesivos son difíciles de hacer aceptar por el paciente, su colocación requiere cierta manualidad y además son irritantes para la piel a cuyo nivel suelen ocasionar, en algunas personas, lesiones de irritación, dermatitis, alergismo cutáneo, etc. Por otra parte, quitan movilidad a la piel, lo que es un inconveniente.

Tal es el resumen del conjunto de dificultades que se oponen o cuando menos dificultan la cura elastocompresiva.

De todas ellas no es la menos importante la dificultad de vendar el muslo, no existiendo hasta la fecha, al menos que nosotros sepamos, ningún método seguro, exceptuando el adhesivo, que tiene demasiados inconvenientes.

LA VENDA DE ESPUMA DE LATEX

La idea de emplear un vendaje de este género nos la sugirió la lectura de un trabajo de E. J. ORBACH, publicado en «Angiology» en abril de 1956, página 152.

Tuvimos desde luego que superar muchos inconvenientes.

En primer término en nuestro país no existen las mismas en el comercio y por lo tanto debimos ingeniarnos para obtenerlas, haciéndolas preparar por un técnico inteligente, el señor G. CASTILLA * (fig. 1).

Hicimos muchos ensayos antes de llegar a los resultados finales que aquí señalamos.

Hacemos preparar vendas bajo las siguientes condiciones. Sobre una tela elástica de algodón fijamos una capa de espuma de látex de unos 3 milímetros de espesor (puede hacerse mayor). Su longitud media es de 3 a 4 metros y su anchura de 7.5 ó de 10 centímetros (dos tipos distintos).

La de menor anchura la empleamos en el vendaje del pie y pierna, la de mayor en el del muslo.



Fig. 1. — La venda de látex. Obsérvese la parte final formada solamente por tela para facilitar la terminación del vendaje

El vendaje debe ser colocado desde el pie hasta el tercio superior del muslo, si así lo exige el proceso patológico que se pretende combatir (síndrome de insuficiencia venosa crónica, linfoedema, etc.).

Cuando sólo se requiere el vendaje de la pierna, como en ciertos casos de varices, basta por lo general el vendaje exclusivo de pierna y pie.

El vendaje será aplicado según todas las reglas de la cura elastocompresiva, es decir:

a) — Desinfección de la o las úlceras mediante fomentos empapados en solución bórica

al 40 por mil o tirotricina al 1/2 por mil (500 mg. en un litro de agua) o tirotricina asociada con neomicina (tirotricina 500 mg., neomicina 1 gr., agua un litro). Soluciones estas últimas que hacemos preparar en los laboratorios Dispert.

b) — Colocación, una vez limpia la úlcera, de un apósito protector.

c) — Colocación del vendaje, manteniendo el miembro sobre-elevado el nivel del corazón, en la cama o la mesa de curaciones, de manera que las flebetasias se vacíen de su contenido en sangre. Se enrolla de dentro hacia afuera, empezando en el tercio inferior de la pierna, pasando al pie y volviendo a la pierna para ascender luego. Cada paso de la venda cu-

* En Estados Unidos estas vendas son fabricadas por la Connecticut Bandage Mills Inc de Bridgeport, Conn.

brirá el tercio superior del anterior, no dejando puentes de piel sin recubrir. La rodilla será totalmente envuelta. Al llegar al muslo la venda que se utilice será de 10 ó más centímetros de ancho. Preferimos a veces, en honor al firme sostén del muslo, comenzar aquí el vendaje por la parte alta y descendiendo luego hasta la rodilla, porque tenemos la impresión de que procediendo de tal modo se sostiene mejor (figs. 2 y 3).

La venda, como es de rigor en este caso, se colocará por la mañana y se retirará por la noche al acostarse.

Para terminarlo pueden utilizarse broches comunes de vendajes elásticos. Nosotros hemos hecho algo distinto, hacemos que en uno de los extremos de la venda, la tela de algodón la rebase (como se ve en la figura 1) 50 cm. o más y nos valemos de esta porción restante para fijarla.

CONSIDERACIONES SOBRE ESTE MÉTODO

La venda se fija muy bien. Los poros de látex obran como ventosa fijándola a la piel en su contacto, lo que impide deslizarse, consiguiéndose así una fijación sólida aun a nivel del muslo.

La porosidad del látex lo hace absorbente y no impermeable como ocurría con las vendas de caucho. La capa de espuma de goma cumple la función de una almohadilla elástica que no traumatiza los tejidos.

Su elasticidad asegura la uniformidad de la compresión en todos los sectores del campo afectado por el vendaje.

Su espesor protege estos miembros frágiles contra agresiones traumáticas tan perniciosas a los mismos, suministra protección contra el frío.

Su colocación en personas de piel delicada no se ha demostrado perjudicial. Sólo en raros sujetos muy sensibles hemos comprobado manifestaciones alérgicas.

El aplastamiento y vaciado de los vasos superficiales se logra con seguridad, obligando a la circulación de retorno a crearse nuevas vías profundas, conduciendo así al enfermo al restablecimiento progresivo de su vieja afección.

Tan es esto así que en enfermos que llevaron este vendaje u otros pudimos luego librarles de sus flebectasias superficiales, con gran mejoría de su estado, por el método quirúrgico o médico. Lo que significa, claro está,

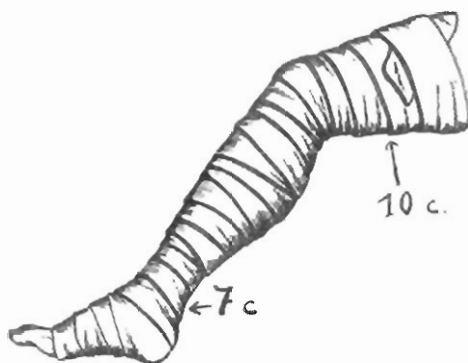


Fig. 2. — La venda colocada. En pierna aquélla de 7 ó 7,5 cm.; en muslo la de 10 cm.

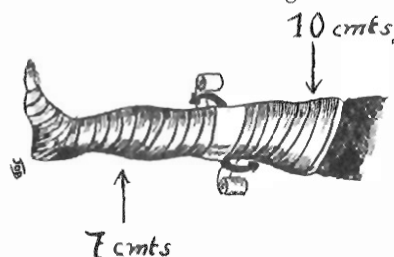


Fig. 3. — Una forma práctica de vendar el muslo, de arriba hacia abajo y la pierna en sentido inverso. El vendaje de la pierna cubrirá finalmente la parte terminal del muslo

la existencia en esos momentos de una vía de retorno más eficaz que la superficial.

RESUMEN

Se describe un nuevo vendaje para realizar la cura elastocompresiva, consistente en una venda de espuma de goma (látex).

Se trata de una venda de 7 ó 10 cm. de ancho y de 3 ó 4 m. de largo, compuesta de una venda elástica sobre la cual se ha fijado una capa de espuma de goma de 3 ó 4 mm. La angosta se emplea para vendar la pierna, la ancha para el muslo.

Se analiza su modo de actuar, sus ventajas, sus indicaciones, etc., insistiéndose en que es el único medio de aplicar vendas no adhesivas al muslo, capaces de mantenerse en su sitio sin deslizarse.

Se sugieren otras posibles aplicaciones.

SUMMARY

A new bandaging to carry out the elastocompressive treatment with a latex bandage is described.

It is a bandage 7 or 10 cm. wide and 3 or 4 m. long, consisting of elastic bandage on which a coat of latex, 3 or 4 mm. thick, has been fixed. The narrow bandage is used to dress the leg and the wide one the thigh.

The way it works, its advantages and uses are widely discussed, emphasizing the fact that it is only way to apply non adhesive bandages on the thigh with the certainty that they will not slide out of place.

Other possible uses of this bandaging are also suggested.

BIBLIOGRAFIA

1. ORBACH, E. J. — *The use of foam rubber bandage in the treatment of the post-phlebotic leg*. "Angiology", 7:2:152; 1956.
2. SHUMAKER, MOORE y CAMPBELL. — "Surgery, Gynecology and Obstetrics", 50:545; 1930.
3. TOURNAY, R. — "Phlébologie", VIII, 3:105; 1955.
4. TOURNAY, R. — "Phlébologie", VII, 4:137; octubre-diciembre 1954.
5. VACHERON, J. P. — "Archives des Maladies du Coeur", diciembre 1954.
6. VÁZQUEZ ROCHA, M. — *Insuficiencia vascular periférica*. "Sístole", 18:26:92; enero-abril 1956.
7. VÁZQUEZ ROCHA, M. — *Insuficiencia venosa crónica*. "Sístole", VII, 19:47:104; mayo-agosto 1956.