

Relevancia de la implementación de los circuitos de derivación ágil en el paciente diabético

Segovia Cerro, Belén⁽¹⁾; García Rodrigo, María José⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Hospital Universitario La Paz

Introducción

Las lesiones en el paciente diabético pueden complicarse rápidamente, más aún si se trata de una paciente con mal control metabólico y escasos conocimientos acerca de su enfermedad, como es el caso que nos ocupa.

El conocimiento de los circuitos de derivación ágil, así como del estándar de tratamiento de úlceras de pie diabético, puede evitar la complicación severa de las mismas y que éstas terminen+ en amputación mayor de la extremidad.

En este caso en concreto, es especialmente llamativo que la paciente fue valorada hasta 3 veces en la urgencia con signos clínicos de infección y no fue derivada y valorada por el cirujano vascular hasta la última de ellas, en la que hubo que ingresarla para realizar amputación.

Objetivos

Evitar la amputación mayor de la extremidad, así como las complicaciones que pueden surgir durante el proceso hasta lograr la cicatrización. Concienciar a la paciente de su patología para evitar recidivas.

Metodología

Al tratarse de una paciente con antecedentes importantes de infección (hubo que reintervenir quirúrgicamente debido a ello), se iniciaron curas de herida quirúrgica con povidona yodada en líquido.

Dicha herida quirúrgica evolucionó mal, produciéndose un hematoma que terminó en necrosis de todo el muñón, la cual derivó en placa necrótica delimitada.

Al presentar pulsos distales, procedimos a realizar desbridamiento cortante y a realizar curas con povidona yodada en gel y malla de silicona encima, con el fin de ablandar la placa y poder saber el alcance real de la lesión.

Finalmente, se produjo una dehiscencia de la herida y pasamos a colocar apósito de octosulfato de sacarosa en lecho de la herida y crema de barrera con zinc en bordes hasta su completa epitelización. Durante el proceso, hubo algunos signos sutiles de infección, presentando hipergranulación en algunas zonas, que fueron tratadas con apósito con plata.

Resultados y conclusiones

Tras el adecuado tratamiento, que en este caso precisó de varias cirugías, se produjo dehiscencia de la herida. Gracias a la optimización de las curas con un apósito modulador de las metaloproteasas que contiene octosulfato de sacarosa, el cual está especialmente indicado en las guías de pie diabético (IWGF), se redujo el tiempo de cicatrización, disminuyendo con ello el riesgo de infección muy presente en el proceso de esta paciente.

Conclusiones:

- Es necesario aumentar la formación de los profesionales acerca del manejo del pie diabético
- En el manejo del paciente diabético hay implicados diferentes profesionales, con lo que el enfoque debe ser multidisciplinar; los canales de comunicación entre profesionales cobran especial relevancia para conseguir una buena atención continuada.
- La implementación y puesta en práctica de las guías de tratamiento, así como de los circuitos de derivación ágil, son fundamentales en el manejo del paciente diabético para evitar complicaciones y reducir tasas de amputación.
- La educación sanitaria del paciente diabético engloba tanto lo concerniente al tratamiento farmacológico como a los hábitos de vida saludables; enseñar al paciente a identificar signos de alarma ante los cuales acudir a urgencias es crucial para evitar una mala evolución.

Bibliografía

1. Edmonds M, Lázaro-Martínez JL, Alfayate-García JM et al. Sucrose octasulfate dressing versus control dressing in patients with neuroischaemic diabetic foot ulcers (Explorer): an international, multicentre, double-blind, randomised, controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2017
2. IWGDF guidance on footwear and offloading interventions to prevent and heal foot ulcers in patients with diabetes. *DIABETES/METABOLISM RESEARCH AND REVIEWS* Diabetes Metab Res Rev 2016; 32(Suppl. 1): 25–36.

Elección correcta de los sistemas de compresión: Educación y Adherencia del Paciente.

ZATÓN OJEDA, CARMEN⁽¹⁾; JIMÉNEZ MAÍLLO, SILVIA⁽¹⁾;

⁽¹⁾ HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA SAN JOSÉ Y SANTA ADELA

Introducción

La evidencia científica respalda el uso de sistemas de compresión en la prevención de recidivas de úlceras vasculares, el porcentaje de recidivas se sitúa alrededor de un 40%. Sin embargo, la clave del éxito radica en la elección del sistema de compresión más adecuado para cada paciente.

La falta de adherencia al tratamiento es el principal problema al que nos enfrentamos con este tipo de terapia.

Dado que la comorbilidad que asocian habitualmente nuestros pacientes (obesidad, edad avanzada, linfedema) afecta a su movilidad, suelen presentar dificultad para colocarse y retirarse los dispositivos de compresión.

Objetivos

Dar a conocer y educar a los pacientes sobre los diferentes sistemas de compresión, que mejor se adapten a sus necesidades y a sus capacidades funcionales.

Evaluar la correcta adherencia de los pacientes a los diversos sistemas de compresión, para la prevención de recidivas de úlceras.

Metodología

Desde la consulta hemos elaborado una encuesta, con el objetivo de conocer el uso y adaptación a diversos sistemas de compresión.

La encuesta la han realizado el 100% de los pacientes que presentan úlceras en la actualidad y han utilizado los diferentes sistemas de compresión. Hemos valorado especialmente la adaptabilidad a todos ellos, así como su colocación de manera autónoma por parte de los pacientes, en el caso de ellos las medias y los dispositivos de velcros autoajustables, y en nuestro caso los vendajes multicomponente.

Además, hemos procedido a revisar las historias clínicas, pudiendo valorar el tiempo transcurrido entre la aparición de recidiva de úlceras.

Resultados y conclusiones

Hemos llegado a la conclusión, de que el uso correcto y continuado del sistema de compresión adecuado en los pacientes que han recibido una educación para la salud, hace que disminuya la incidencia de recidivas de úlceras vasculares.

Educar a los pacientes, da respuesta a un problema frecuente en la terapia de compresión, “el incumplimiento del tratamiento debido a la incomodidad y a la dificultad en su uso”.

Al mostrar al paciente las diversas alternativas adecuadas para su tratamiento, se favorece su autonomía y adherencia, permitiéndoles incorporar la terapia de compresión a sus actividades diarias, lo que contribuye a un manteniendo y mejora de su calidad de vida.

Bibliografía

1. Nelson EA, Bell-Syer SE. Compression for preventing recurrence of venous ulcers. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Sep 23;(9):CD002303. DOI: 10.1002/14651858.CD002303.pub3.
2. Nelson EA, Hillman A. Prevention of heel pressure ulcers: a literatura review. J Adv Nurs. 1994 Sep;20(3):516-23. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1994.tb 01198.x.
3. Iglesias CP, Nelson EA, Cullum NA, Torgenson DJ; VenUS I Collaborators. VenUS I: a randomised controlled trial of two types os bandage for treating venous leg ulcers. Health Technol Assess. 2004 OCT;8(29):iii-iv, 1-105. DOI: 10.3310/hta8290.
4. Elena Conde Montero. (2020, July 27). ¿Qué tipo de terapia compresiva elegir en cada situación? Elena Conde Montero. <https://www.elenaconde.com/que-tipo-de-terapia-compresiva-elegir-en-cada-situacion/>
5. ¿Por qué es importante comprimir? (2022, July 13). Urgo. <https://urgomedical.es/blog/por-que-es-importante-comprimir>.

Intervención de enfermería en la endoprótesis de aorta con fenestración "in situ"

Vidal Neira, Maria del Pilar⁽¹⁾; Piñeiro Fraga, María ⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción

El tratamiento endovascular de los aneurismas de aorta que afectan a la salida de ramas arteriales requiere el uso de endoprótesis fenestradas F.E.V.A.R o ramificadas con colocación de stents en forma de chimeneas C.H.E.V.A.R .

Estas son prótesis diseñadas a medida para cada paciente y exigen una demora en su fabricación de entre tres cuatro semanas, suponen un alto coste y no están disponibles en situaciones de urgencia.

En nuestro centro se está llevando a cabo el uso de endoprótesis con fenestraciones "in situ", son endoprótesis modificadas por el cirujano sobre la mesa quirúrgica siempre que las mediciones anatómicas y condiciones del paciente lo permitan.

Con esta opción de tratamiento se evita la espera en su fabricación, y se reduce significativamente el coste.

Objetivos

Describir el procedimiento llevado a cabo en el servicio de cirugía vascular de nuestro hospital.

Describir el papel del personal de enfermería durante el procedimiento.

Metodología

Angiotac y estación de trabajo 3mensio. Para estudio, mediciones de tamaño y orientación de las fenestraciones.

Endoprótesis de diferentes medidas del stock hospitalario. Moldes de fenestración estériles.

Marcas radio opacas, para suturar en los bordes de las fenestraciones. Electro cauterizador.

Guías hidrofílicas, para canular las fenestraciones si es necesario. Torniquetes vasculares, para el reenvainado de la endoprótesis.

Resultados y conclusiones

La enfermería coordina y dispone de todo el material necesario en el intraoperatorio.

Disponemos de dos equipos quirúrgicos que trabajan simultáneamente. Un equipo de cirujanos despliega la endoprótesis seleccionada, salvo el mecanismo de liberación de los ganchos y confecciona las fenestraciones o escotaduras utilizando el molde estéril y un cauterizador.

Se realiza el marcado de bordes suturando la punta de una guía radiopaca en cada fenestración.

En algunos casos se procede al posicionamiento de una guía hidrofílica que asoma por la fenestración, esto facilita la correcta alineación de las fenestraciones hacia los ostium de las arterias.

Se procede al reenvainado de la endoprótesis.

Un segundo equipo ya tiene realizados los accesos vasculares para el implante del dispositivo en el paciente.

CONCLUSIONES:

La modificación de las endoprótesis "in situ" facilita la disponibilidad del tratamiento en los casos de patología aórtica que requieren una actuación rápida y a un coste significativamente menor.

La formación y coordinación de todos los profesionales implicados en el procedimiento, permite la reducción del tiempo quirúrgico, dosis de radiación y cantidad de contraste, mejorando así la seguridad y calidad de la atención.

Bibliografía

Ferreira LM y cols. Tratamiento endovascular de aneurismas aórticos con anatomía compleja proximal. Revista Argentina de Cardiología. 2018, junio, vol 86, n3: 195-198

Pizzamiglio M, Baeza C, Gonzalez A. Tratamiento endovascular del arco aórtico asegurando la salida de TSA mediante defenestración in situ. Caso clínico. Fundación Jiménez Díaz. Madrid, 2021, sep

Stents venosos y Síndrome de May Thurner

Vidal Neira, Maria del Pilar⁽¹⁾; Piñeiro Fraga, María ⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción

El síndrome de May Thurner es un síndrome venoso compresivo; comprende un conjunto de síntomas y signos cuyo origen es la compresión extrínseca significativa de más del 50%, de la vena ilíaca común izquierda (V.I.C.I), a su paso entre la artería Iliaca común derecha y la columna lumbosacra.

Se produce una disminución del flujo venoso, y un aumento de la presión, que dificulta el drenaje de la pierna izquierda, favoreciendo el desarrollo de varices y trombosis venosas en miembro inferior izquierdo.

También pueden desarrollarse varices pélvicas secundarias a la compresión, fundamentalmente en mujeres que hayan tenido embarazos previos.

Las causas son desconocidas pero debido a las características anatómicas, suele afectar más a personas delgadas y de sexo femenino.

CLINICA

Edema y dolor en miembro inferior izquierdo que empeora con el ejercicio. Dolor lumbar de predominio izquierdo.

Congestión pélvica, con desarrollo de varices pélvicas y o genitales.

Este síndrome es la principal causa de trombosis venosa profunda en el miembro inferior izquierdo.

DIAGNOSTICO

Ecografía Doppler

Angioresonancia y Angiotac con reconstrucción en 3DFlebografía pélvica e ilio-cava
Ultrasonido endovascular I.V.U.S. con el que se puede ver la compresión real , permite visualizar todo el trayecto de la luz venosa del sector afectado y establecer así el diagnostico verdadero.

TRATAMIENTO

El tratamiento del síndrome de May Thurner es el implante de un stent venoso en el sector afectado que devuelve la permeabilidad del vaso, mejorando los síntomas como el dolor y el edema.

Objetivos

Conocer las características clínicas de esta patología y su tratamiento. Describir los procedimientos de su diagnostico I.V.U.S. , y su tratamiento. Describir el papel del personal de enfermería en ambos procedimientos.

Metodología

Ecografía Doppler.

Sistema de ultrasonidos endovascular I.V.U.S. , catéter estéril y consola de visualización.
Sistema de trombectomía mecánica en casos con trombosis venosa aguda
Stents venosos y balones de angioplastia del stock de la unidad

Resultados y conclusiones

Preparación del quirófano, aparataje y material necesario para la realización del procedimiento. Punción ecoguiada de vena femoral común.

Avance de guía hidrofílica y catéter para flebografías del sector femoro-ilio-cava. Avance del catéter del sistema I.V.U.S. para el diagnóstico exacto y mediciones de diámetros y longitudes del sector afectado.

Angioplastia con balones de dilatación venosos. Avance e implante de Stents seleccionados.

Nueva medición con catéter I.V.U.S postratamiento para medición exacta de la tasa de permeabilidad en el vaso tratado.

CONCLUSIONES

El implante de Stents venosos en el síndrome de May Thurner es una opción de tratamiento mínimamente invasivo que ofrece una alta tasa de resolución de la compresión venosa con menores complicaciones frente a la cirugía abierta.

El síndrome de May Thurner es una patología infradiagnosticada por su clínica inespecífica por lo que es muy importante su diagnóstico y tratamiento antes de que se produzca un evento trombótico.

El papel de enfermería en el quirófano de cirugía vascular es muy importante para el desarrollo de estos procedimientos La coordinación de todos los profesionales mejora la calidad y seguridad de la atención.

Bibliografía

Glez Villegas P, Flores Escartin M. Comparación de permeabilidad de stents venosos en segmentos cavo-ilio-femoral en pacientes con obstrucciones de etiología intrínseca y extrínseca. Rev.mex.angiol.Vol48.2021.

Preparación quirúrgica enfermera ante aneurisma aorta abdominal roto

Plñeiro Fraga, María⁽¹⁾; Vidal Neira, María del Pilar⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción

La rotura de un aneurisma aórtico abdominal (AAA) es un evento altamente letal con cifras de mortalidad global del 70-90%; se trata así de una emergencia quirúrgica de primer orden.

Objetivos

- Estandarización en la preparación de la cirugía urgente en un aneurisma aorta abdominal roto.
- Proporcionar una atención consensuada por el equipo que sea capaz de dar respuesta a las necesidades del paciente con aneurisma aorta abdominal roto en la unidad.

Metodología

- Revisión bibliográfica tras consultar los principales buscadores
- Nuestra propia práctica asistencial

Resultados y conclusiones

PREQUIRÓFANO:

Tras aviso de anestesia y cirujano vascular de que se realizará una reparación abierta de un aneurisma de aorta abdominal, el personal de enfermería del quirófano deberá preparar el quirófano para la intervención urgente realizando:

Revisión material vía aérea (revisión de laringoscopio, tubos endotraqueales, dispositivos de ayuda a la intubación (frova, fiadores...) aspiración, extracción de gases)

Disponer de 2 calentadores de suero

Preparación de la medicación necesaria para la inducción: Fentanilo, Propofol y Esmeron

Disponer además de la siguiente medicación: Efedrina; Fenilefrina, Adrenalina, Noradrenalina; Ácido tranexámico, Fibrinógeno, Vitamina K, Gluconato cálcico, Fibrinógeno.

Preparación material para canalización y monitorización de una vía arterial Preparación material para canalización de una vía central (disponer de ecógrafo) Disponer de suero fisiológico de lavado caliente
Conectar con Banco de sangre

Colocación en el quirófano de todo el material necesario (Caja Aorta, Caja Separador Omnitrac, Caja Clanes vasculares; Cestilla de material fungible).

INTRAQUIRÓFANO:

Tras acomodar al paciente en la mesa quirúrgica en decúbito supino con brazos extendidos; procederemos a la monitorización de los signos vitales (EKG, Pulsioximetría, PANI; BIS; TOF)

Colaboramos con el anestesista en la realización de una anestesia general (no inducción sin campo y cirujanos listos)

Administración de la medicación necesaria para el control del dolor e hipotensión permisiva hasta control aórtico proximal (objetivo 70-90mmHg)

Canalizar 2 accesos venosos de grueso calibre

Proceder a la monitorización invasiva mediante la canalización de una arteria y un catéter de vía central.

Recoger y enviar muestra sanguínea urgente

Realiza sondaje vesical y colocar dispositivo de medición horaria Mantener al paciente en normotermia y normocalcemia

Proceder a la transfusión de hemoderivados (objetivo Hb < 9; Hematocrito < 30%)

Tener en cuenta que durante el clampaje aórtico se produce un aumento brusco de la poscarga, por lo que se debe garantizar una buena precarga pero se deben minimizar fluidos y que existirá una isquemia distal al clamp. Al liberara clamp se produce una caída brusca de la poscarga y GC; puede existir el síndrome isquemia-reperfusión; se administrarán inotrópicos, vasopresores y volumen

Para minimizar el síndrome isquemia-reperfusión se puede administrar manitol previo al clampaje Si se realiza un clampaje suprarrenal será preciso administrar Manitol, Bicarbonato, e infusión sangre/cristaloides fríos en arteria renal

Conclusiones:

La unificación de las actividades enfermeras nos ayuda a mejorar la eficiencia de los cuidados intraoperatorios y a elevar la calidad asistencial

Bibliografía

Ballesteros-Pomar M, Maqueda Ara S, Nogal Arias C, Sanz Pastor N, Del Barrio Fernández M, Suárez González LA, Fernández-Samos R. Actualización y algoritmos de toma de decisión en el manejo del aneurisma aórtico abdominal roto. Angiología 2020; 72(5): 240-252

Actuación enfermera en la Trombectomía Mecánica

Piñeiro Fraga, María⁽¹⁾; Vidal Neira, María del Pilar⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción

Extracción transluminal percutánea de material trombótico o tromboembólico de oclusiones recientes, subagudas y crónicas de vasos sanguíneos mediante un sistema mecánico consistente en un motor que hace rotar una espiral colocada en una sonda que es la que se introduce en el vaso.

Indicaciones:

- Embolia no organizada
- Trombo fresco
- Trombo organizado de no más de 2 meses de formación
- Trombos intraprotésicos
- Trombos de acceso hemodiálisis

Se utiliza un catéter con un cabezal de hélice rotatoria y lumen central para la guía, que permite aspirar, fragmentar y transportar el material trombótico. Se genera automáticamente la velocidad de revoluciones adecuada, generando una fuerte presión negativa suficientemente fuerte como para aspirar todos los fragmentos del material de oclusión

Objetivos

Dar a conocer al personal de enfermería del quirófano el material y sus utilidades y las técnicas principales.

Metodología Revisión bibliografíaPráctica asistencial

Resultados y conclusiones

Posicionamos al paciente en decúbito supino con brazos extendidos

Se precisará anestesia general, raquídea o local dependiendo del vaso a tratar y del estado general del paciente.

Procedimiento:

1- Punción ecoguiada de arteria. Introducción del introductor adecuado

Arteriografía para determinar el estado inicial del paciente

Selección del catéter de trombectomía de la longitud y diámetro adecuados (85cm, 110 cm o 135cm) (6F, 8F o 10F)

Tras humedecer la guía del sistema con suero fisiológico heparinizado, se hace avanzar la guía a través del introductor hasta lo más distalmente posible respecto a la oclusión del vaso a tratar

2- Preparación del catéter:

Llenar el lumen con solución salina heparinizada; rellenar el catéter a través de la abertura para la guía en la parte frontal del cabezal. Acoplar bolsa de recogida (que debe colgar verticalmente por debajo del motor) y conectar cateter al mango del motor previamente enfundado. Conectar suero heparinizado mediante equipo estéril y llave de tres vías al introductor (si el vaso a tratar es a contra flujo se debe poner bolsa de presión al suero heparinizado)

Hacer avanzar el catéter sobre la guía hasta 1 cm por delante de la oclusión con el motor apagado. Tras alcanzar la posición correcta tirar del botón del wire adapter hacia fuera (posición de trabajo) Activar motor por mano o por pedal (Durante el uso del cateter asegurar siempre que haya suficiente flujo de líquido en el cabezal)

Con el motor funcionando se avanza el catéter dentro de la oclusión. Tras la trombectomía, se retira el catéter. Se realiza una arteriografía de control.

El uso del catéter puede repetirse varias veces, hasta obtener un resultado óptimo.

Cada vez que se interrumpe el uso del catéter debe enjuagarse inmediatamente con solución salina heparinizada (Sumergir cabezal del cateter discurriendo sobre la guía en un cuenco con suero heparinizado, con el cabezal sumergido se enciende el motor y se irriga todo el lumen del cateter)

CONCLUSIONES

El conocimiento y el manejo de la técnica quirúrgica, así como su material y uso, es imprescindible para proporcionar una asistencia con mayor calidad

El conocimiento de la técnica quirúrgica servirá para reducir el tiempo quirúrgico y optimizar los recursos materiales.

EL MICROINJERTO AUTÓLOGO EN SELLO ME DEVOLVIÓ A LA VIDA

García Largo, Cristina⁽¹⁾; Bastos Rojo, Silvia⁽¹⁾; Poza Fresnillo, Lourdes⁽¹⁾; Santiago Coll, Marta⁽²⁾;

(1) Centro de Salud Fuencarral (2) Centro de salud Fuencarral

Introducción

Las úlceras crónicas de la piel son heridas abiertas que no cicatrizan de manera normal y persisten durante un tiempo prolongado, a menudo más de 6 semanas. Algunas de las repercusiones más comunes de estas lesiones son la disminución de la movilidad y como consecuencia, se ve afectada la capacidad para realizar actividades básicas diarias y una reducción de la independencia de los pacientes que las padecen.

Presentamos a un paciente de 62 años con antecedente de insuficiencia venosa crónica (estadio C4 de la clasificación CEAP) que comenzó en el año 2018 con una herida en región tibial derecha tras la fricción continua del calzado ortopédico que utiliza. El dolor de la lesión le impide salir del domicilio, con un impacto significativo en su calidad de vida.

Objetivos

- Recuperar la integridad cutánea de la lesión
- Mejorar la calidad de vida del paciente
- Disminuir el dolor y los costes económicos

Metodología

Tras múltiples curas con diferentes tipos de materiales y apósitos durante años, se realiza una sesión de injerto en sello en el centro de salud. En esta sesión participan dos enfermeras y una médico de familia.

Resultados y conclusiones

Se consigue la epitelización completa de la zona receptora y la zona donante a los tres meses de la sesión de microinjerto en sello. El paciente mejora su calidad de vida, vuelve a salir del domicilio y a recuperar movilidad.

Los injertos en sello ofrecen una alternativa a los enfoques convencionales en el tratamiento de heridas crónicas. Se caracterizan por su eficacia económica y una probabilidad mínima de complicaciones. No obstante, es necesario alcanzar mayor difusión ya que se trata de un procedimiento aún poco reconocido y empleado.

Bibliografía

Investigación RS. Injerto de piel en sello en el tratamiento de heridas crónicas. Artículo monográfico [Internet]. ? RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021.

Conde E. Los injertos en sello: un clásico que vuelve a estar de moda [Internet]. Elena Conde Montero. 2019

Descongelación y preparación del injerto crio preservado de donante cadáver para Bypass arterial

hervas arconada, laura⁽¹⁾; Gutierrez Garcia, Ana⁽²⁾; Arranz Fernandez, Leticia⁽²⁾; Arranz Gaisan, Lucía⁽²⁾; Fernandez Sánchez, Maria Eugenia⁽²⁾; Sanchez Santos, Maria⁽²⁾;

(1) Sacyl (2) Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Introducción

Actualmente se están retomando los bypass con homoinjertos de donante cadáver, éstos están indicados en infecciones recurrentes de bypass anterior (con vena o prótesis) y en ausencia de vena autóloga. El personal de enfermería juega un papel muy importante en la conservación, transporte y descongelación de estos homoinjertos crio-preservados, por lo que es fundamental el conocimiento de la técnica de descongelación y su tratamiento en el campo quirúrgico.

Objetivos

Describir los pasos para la correcta descongelación y tratamiento posterior de un implante de homoinjerto.

Metodología

Partimos de la creación de una guía de actuación por un grupo de expertos, que determinaron la forma y condiciones más idóneas para la conservación, transporte, descongelación y manipulación final del homoinjerto vascular criopreservado de donante cadáver, procedente del banco de tejidos. Además, se sustentó sobre una revisión de la bibliografía en la base de datos Web of Science, donde se recuperaron 6 artículos relacionados con el tema, fijando como criterios de inclusión, los filtros de antigüedad 10 años ya que es una técnica antigua que se está retomando en la actualidad y no existen trabajos actuales que aborden este tema; que estuvieran en idioma inglés y español.

De todos los documentos recuperados se extrajo información acerca del material quirúrgico y no quirúrgico necesario para la de intervención, incluido el personal necesario (cirujanos, anestesiólogos, enfermería y TCAE) .

Resultados y conclusiones

Se muestra flujograma con los pasos a seguir para toda la cadena: correcta descongelación y óptima preparación del homoinjerto, previa a la cirugía. Esto conducirá al éxito de la intervención.

Será necesaria una cirugía de banco previa al inicio de la intervención para la preparación de injerto para su implante. En todo momento se seguirán las normas universales de asepsia quirúrgica, con una correcta esterilidad del campo quirúrgico. También, se respetarán los tiempos indicados de descongelación marcados por el barcode tejidos.

Bibliografía

1. Kerbi A. Guevara-Noriega MA, Villamizar JG, Castro-Ríos JL. Outcomes of vascular allograft transplants in the autonomous community of Catalonia, Spain. cirugía y cirujanos [Internet]. 2021;89(v-dic 2021):797–805. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/ciru.20001069>
2. Manejo y descongelación de los homoinjertos cardiovasculares. Instrucciones y catálogo de segmentos vasculares. https://www.bancsang.net/en_banc-teixits
3. Gay MG. Factores Inmunológicos en el fracaso de los homoinjertos de arteria criopreservada. Oviedo (España): Universidad de Oviedo; 2020.
4. Herrera Mingorance JD, Linares Palomino JP, Bravo Molina A, et al. Infección protésica tardía tratada mediante sustitución por aloinjerto arterial criopreservado en paciente joven. Actualidad Médica [Internet]. (2014; 99: (793). Supl. 13-40). Disponible en: https://actualidadmedica.es/articulo-suplementos/supl793-02_cc03
6. Garzón Bergadá N, Arrébola López M, Roselló Paredes JC, et al. Estudio comparativo entre omniflow e injertos criopreservados en la revascularización de miembros inferiores. Angiología 2022;74 (supl. 1).24 - 25; 2022.
7. Soriano Iniesta J, Cenizo Revuelta NM, Estévez Fernández IT, et al. Retirada de prótesis aorto-bi-femoral infectada y sustitución por aloinjerto arterial criopreservado. Angiología 2022;74(Supl. 1):67-101; 2022.

Abordaje del dolor durante las curas en pacientes con heridas vasculares en AP: Protocolo HERIVAP

Vera Vicioso, Guillermo⁽¹⁾; Velasco Calahorro, Miriam⁽²⁾; Osorio Vergara, Laura⁽³⁾; Parejo González, Claudia⁽⁴⁾;

⁽¹⁾ Especialista en EFyC; Grupo de investigación INVESTEIR

⁽²⁾ Especialista en EFyC

⁽³⁾ UDMAFyC

del DSAP Málaga-Valle del Guadalhorce; Centro de Salud Delicias ⁽⁴⁾ UDMAFyC del DSAP Málaga-Valle del Guadalhorce; Centro de Salud Coín

Introducción

En la consulta de enfermería de Atención Primaria (AP) es común realizar curas de heridas que resultan dolorosas. El dolor es un elemento a abordar ya que limita las posibilidades terapéuticas y dificulta la relación enfermera-paciente, según las guías de práctica clínica y documentos técnicos sobre curas y heridas.

Objetivos

El objetivo principal consiste en responder a la pregunta de investigación, que en formato PICO queda formulada del siguiente modo:

En personas con heridas vasculares dolorosas (HVD) no paliativas tratadas en AP, ¿el uso de mepivacaína o metamizol en fomento reduce el dolor frente a la práctica habitual?

Los objetivos secundarios son:

- Conocer la percepción del paciente acerca de la atención recibida mientras reciben curas en HVD.
- Explorar la variabilidad en la práctica clínica de las enfermeras en el contexto de AP en el abordaje del dolor durante las curas de heridas.
- Conocer el estado actual de la evidencia científica acerca del abordaje del dolor en HVD.
- Realizar un seguimiento de la seguridad en el uso de la mepivacaína y el metamizol al aplicarse de manera tópica sobre heridas vasculares dolorosas.
- Valorar si existen diferencias en el tiempo de cicatrización cuando se aborda el dolor en las curas de HVD.

Metodología

Para responder a la pregunta se desarrolla una línea de investigación en cuatro etapas consecutivas, siendo las tres primeras necesarias para contextualizar y conocer el estado actual del tema. Las cuatro etapas son:

1) Pretende conocer la práctica habitual en el abordaje del dolor durante las curas de HVD (la C de la pregunta PICO) en AP, mediante un estudio descriptivo transversal con encuestas a enfermeras de AP.

2) Se explorará la experiencia de los pacientes con HVD durante las curas, aplicando una metodología fenomenológica con entrevistas a pacientes.

3) En la tercera etapa se realizará una scoping review para conocer cuál es el tratamiento más efectivo del dolor durante las curas de HVD, haciendo hincapié en la literatura gris.

4) La etapa final pretende comparar las intervenciones habituales mostradas en la etapa 2 como grupo control, frente a dos brazos de intervención: mepivacaína y metamizol tópicos. Se planteará una metodología analítica mediante un estudio de cohortes.

Así se dibuja una línea de investigación que cronológicamente se plantea ejecutar en un plazo de entre 4 y 5 años.

Palabras clave: Leg Ulcer, Wound Healing/drug effects, Dipyrrone, Mepivacaine, Topical administration, Pain management.

Resultados y conclusiones

Los resultados esperados son esperanzadores, en tanto que el equipo investigador aspira a ofrecer clarividencia en un tema que en los espacios de divulgación y encuentros científicos está cobrando cada vez más protagonismo: abordar el dolor relacionado con las curas.

Cada una de las etapas aportarán luz desde un enfoque distinto. En cuanto al uso de la mepivacaína, la reciente publicación de la Guía para la indicación, uso y autorización de anestésicos locales por parte de enfermeras facilitará el desarrollo de este PI.

Bibliografía

1. FAECAP [Internet]. [citado 29 de diciembre de 2023]. Documento Marco para la Mejora del Abordaje del Dolor en el SNS.
2. Documento Técnico GNEAUPP N.º XIV - “Qué no hacer en las heridas crónicas”. 2ª edición - GNEAUPP [Internet]. 2020 [citado 18 de enero de 2024]. Disponible en: <https://gneaupp.info/documento-tecnico-gneaupp-n-o-xiv-que-no-hacer-en-las-heridas-cronicas-2o-edicion/>
3. RNAO. Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales [Internet]. 2016 [citado 29 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://rnao.ca/bpg/translations/Valoracion-y-manejo-de-las-lesiones-por-presion-para-equipos-interprofesionales>
4. BOE-A-2024-6702. Resolución de 22 de marzo de 2024, de la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud, por la que se valida la Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os: procedimientos diagnósticos o terapéuticos que requieren del uso de anestésicos locales.

La fotobiomodulación como terapia laser y su eficacia en las heridas crónicas de tipo vascular.

Rodriguez martinez, Almudena⁽¹⁾; Guillen Martinez, Rocio⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Hospital Universitario Santa Lucia de Cartagena

Introducción

En los últimos años han surgido terapias alternativas para la cicatrización de lesiones. Entre estas terapias se encuentra el láser, pero en el mercado existe muchos tipos de láser con diferentes longitudes de onda. Es aquí donde la literatura es escasa y no determina que tipo de onda y tiempo de tratamiento es el más eficaz y adecuado en este tipo de lesiones.

Objetivos

Conocer las ventajas del uso del laser como terapia adyuvante. Determinar los tipos de ondas que existen para el tratamiento de heridas. Indicar su eficacia en la cicatrización de heridas.

Metodología

Pregunta de búsqueda mediante el modelo PICO: en pacientes con úlceras vasculares ¿Cuál es la eficacia del uso del láser como tratamiento adyuvante en el proceso de cicatrización de heridas crónicas?

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Dialnet, Scielo y Scopus.

Palabras claves: Varicose ulcer, laser therapy, photobiomodulation, wound healing y granulation tissue.

Criterios de inclusión: todo tipo de trabajos, menos de 10 años, en inglés y español. Tras lectura del título y resumen, son 5 los artículos seleccionados para la revisión.

Resultados y conclusiones

El uso de laser de luz de bajo nivel de energía (LELL), aplicándolo durante 5 minutos a 5 cm de distancia en 3 tipos de úlceras: venosas, diabéticas y por presión consiguió una reducción significativa de la lesión (1).

La luz azul (longitud de onda 410-430 nm) durante 120 segundos a 4 cm de distancia en 5 tipos diferentes de heridas demostró una disminución del 51% de media en todos los tipos de heridas, viéndose reducido el dolor durante el proceso y la curación completa a las 4 semanas (2).

Un ensayo clínico donde el grupo control (GC) recibió tratamiento tópico y compresivo mientras el grupo intervención (GI) recibió terapia láser de luz baja se obtuvo una diferencia significativa del tiempo y número de úlceras cicatrizadas en el GI (3).

Y por último un estudio cohorte donde el GI recibió tratamiento convencional más terapia con láser se volvió a demostrar una disminución del tamaño de la herida y aumento de cicatrización (4).

Podemos concluir que es un tratamiento seguro y bien tolerado, ya que no se ha registrado ningún efecto adverso durante su uso (1).

La terapia con láser adyuvante ha obtenido mejores resultados en la curación de las heridas y la terapia con luz azul es capaz de acelerar el proceso de curación (5).

Todavía hace falta más ensayos clínicos para poder establecer protocolos estandarizados sobre longitudes de ondas a utilizar, tiempo y distancia sobre la lesión.

Bibliografía

1. Romanelli M, Piaggese A, Scapagnini G, et al. Evaluation of fluorescence biomodulation in the real-life management of chronic wounds: the EUREKA trial. Journal of wound care [internet]. 2018 [cited 2024 Apr.23]; 27(11), 744–753. Available from: <https://doi.org/10.12968/jowc.2018.27.11.744>
2. Ricci E, Pittarello M. Blue light photobiomodulation for reactivation of healing in wounds not responding to standard therapy. Journal of wound care [internet]. 2023 [cited 2024 Apr.23]; 32(11), 695–703. Available from: <https://doi.org/10.12968/jowc.2023.32.11.695>
3. Bavaresco T, Lucena AF. Low-laser light therapy in venous ulcer healing: a randomized clinical trial. Revista brasileira de enfermagem [internet]. 2021 [cited 2024 Apr.23]; 75(3). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0396>
4. Osmarin VM, Bavaresco T, Hirakata VN, Lucena AF, Echer I. Venous ulcer healing treated with conventional therapy and adjuvant laser: is there a difference?. Revista brasileira de enfermagem [internet]. 2021 [cited 2024 Apr.23]; 74(3). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1117>
5. Bayat M, Albright R, Hamblin MR, Chien S. Impact of Blue Light Therapy on Wound Healing in Preclinical and Clinical Subjects: A Systematic Review: Blue Light on Wound Healing. J laser Med Sci [Internet]. 2022 Dec. 17 [cited 2024 Apr. 23];13:e69. Available from: <https://journals.sbmu.ac.ir/jlms/article/view/38783>

Evaluación de la Carga Microbiana en Heridas: NERDS vs. STONEES

Franco Hernández, Ana María⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Hospital clínico universitario Lozano Blesa

Introducción

Los acrónimos NERDS y STONEES son herramientas valiosas en el campo sanitario, específicamente en la evaluación de la carga microbiana en heridas. Estos acrónimos representan conjuntos de criterios clínicos que permiten a los profesionales de la salud identificar y clasificar la gravedad de las infecciones en heridas, facilitando así un diagnóstico y tratamiento más precisos.

NERDS se centra en los signos clínicos de infección local, mientras que STONEES aborda los signos de infección profunda.

Al utilizar NERDS y STONEES, los profesionales de la salud pueden realizar una evaluación más completa y objetiva de la infección en una herida. Esta metodología estandarizada ayuda a mejorar la precisión del diagnóstico, optimizar la gestión de las heridas y reducir el riesgo de complicaciones asociadas con las infecciones.

Objetivos

El objetivo de este estudio es desarrollar una infografía que simplifique la evaluación de la carga microbiana en heridas, facilitando la identificación de infecciones locales superficiales y profundas.

Metodología

Se realizó una revisión exhaustiva de estudios y guías clínicas para identificar los acrónimos y criterios relevantes para la evaluación de la carga microbiana en heridas.

Se diseñó una infografía que incluye los acrónimos y criterios identificados, organizados de manera clara y accesible para su uso en la práctica clínica.

Resultados y conclusiones

Ambos acrónimos, NERDS y STONEES, son fundamentales en la práctica clínica para la evaluación y tratamiento de infecciones en heridas. Permiten a los profesionales de la salud identificar de manera efectiva la carga microbiana en las heridas y tomar decisiones informadas sobre el tratamiento, mejorando así la eficacia del manejo de las infecciones y reduciendo el riesgo de complicaciones.

Bibliografía

Sibbald RG, et al. Increased bacterial burden and infection: The story of NERDS and STONES. *Advances in Skin & Wound Care*, 19 (2006), pp. 447-461.

White RJ, et al. Wound colonization and infection: The role of topical antimicrobials. *British Journal of Nursing*, 10 (2001), pp. 563-579.

Woo KY, Sibbald RG. A cross-sectional validation study of using NERDS and STONEES to assess bacterial burden. *Ostomy Wound Management*, 55(8), 40-8. PMID: 19717855.

Endoprotesis ramificadas en aneurismas de aorta complejos

hervas arconada, laura⁽¹⁾; Gutierrez García, Ana⁽¹⁾; Arranz Fernandez, Leticia⁽¹⁾; Arranz Gaisan, Lucia⁽¹⁾; Fernandez Sanchez, Maria Eugenia⁽¹⁾; Sanchez Santos, Maria⁽¹⁾;

⁽¹⁾ hospital Clinico Universitario de Valladolid

Introducción

Los avances de las técnicas quirúrgicas y de la ingeniería biomédica hacen posible estas intervenciones, con un mínimo acceso percutáneo y su consecuente rápida recuperación en pacientes extremadamente complejos por su pluripatología.

Se resume al implante de una endoprotesis para aislar un AAA que englobe las arterias renales y/o mesentéricas.

Objetivos

Describir los pasos y técnicas necesarios en el implante de estas endoprotesis, así como las técnicas anestésicas necesarias y los cuidados de enfermería.

Metodología

Creamos un protocolo de actuación basándonos en una revisión bibliográfica. En él se determinan los pasos estandarizados en el implante de estas endoprotesis, sus accesos y los materiales necesarios, así como los recursos humanos.

Se deberán seguir siempre las normas de asepsia quirúrgica, con una correcta esterilidad en el campo.

Resultados y conclusiones

Se muestran los pasos a seguir, acceso, secuencia y materiales básicos, así como anestesia y cuidados de enfermería.

Los avances hacen que cada vez se tengan más en cuenta estos procedimientos, a pesar de su elevado coste económico, por el gran beneficio para el paciente y la rápida recuperación.

Asimismo, al ser procedimientos complejos, requieren un conocimiento y control de materiales y pasos por parte de la enfermería.

Bibliografía

Diseccción de Aorta. (2020, mayo 26). Medicina Vascular. <https://medicinavascularweb.com.ar/diseccion-de-aorta/>

E-nside™ TAAA multibranch Stent graft system. (2021, diciembre 21). Artivion. <https://artivion.com/product/e-nside-taaa/>

Lojo-Lendoiro, S., Calvín Álvarez, P., & Sobral Viñas, P. (2023). Aneurisma de aorta abdominal roto, ¿qué necesitan el radiólogo intervencionista y el cirujano vascular de nuestro informe? Radiología, 65, S53–S62. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2022.11.004>

Procedimientos Endovasculares. (s/f). Scribd. Recuperado el 27 de abril de 2024, de <https://es.scribd.com/document/369040211/Procedimientos-Endovasculares>

Rodríguez-Caulo, E. A., Lucio, R., Zarka, Z. A., & Riambau, V. (2010). Endoprótesis ramificada para el tratamiento endovascular completo de aneurisma de aorta toracoabdominal tipo II. Revista española de cardiología, 63(9), 1106–1108. [https://doi.org/10.1016/s0300-8932\(10\)70238-4](https://doi.org/10.1016/s0300-8932(10)70238-4)

USO DE CORTICOIDE TÓPICO EN QUEMADURAS COMPLICADAS CON TEJIDO DE HIPERGRANULACION

De La Torre Bravo, Ylenia⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Centro de Salud Río Tajo

Introducción

Las quemaduras son lesiones tisulares originadas como resultado de un traumatismo físico o químico. En sus distintos grados, pueden producir desde una leve afectación de la piel hasta la destrucción total de los tejidos implicados.

Una de las complicaciones que pueden presentar las quemaduras en su evolución es la hipertrofia del tejido de granulación, que se presenta como un tejido friable de coloración rojiza, brillante y sobreelevado con respecto a la piel circundante. Este dificulta y retrasa la correcta cicatrización y epitelización de la herida al impedir la migración de las células epiteliales sobre la superficie de la misma.

Objetivos

Describir los beneficios de la aplicación de corticoides tópicos en tejido de hipergranulación como complicación del proceso de cicatrización de quemaduras en la piel.

Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Scielo, Dialnet y Google Académico, utilizando como palabras clave corticoides, quemaduras, heridas e hipergranulación. A partir de los artículos encontrados, se analizó el contenido, la evidencia existente y su correspondencia con la práctica clínica.

Resultados y conclusiones

Resultados

La inflamación es una fase esencial, aunque transitoria, en el proceso de cicatrización normal, pero cuando esta respuesta inflamatoria es exagerada o prolongada en el tiempo, también lo es el crecimiento del tejido de granulación.

Los corticoides forman parte del abanico terapéutico y se usan habitualmente en forma tópica con el fin de intentar contrarrestar la inflamación prolongada y excesiva que parece estar detrás de la hipertrofia del tejido de granulación.

Una evidencia clara se observa en la atención de lesiones cutáneas por quemaduras, donde a mayor profundidad, mayor respuesta al corticoide en la fase proliferativa, cuyo desarrollo morfológico puede conducir, según el grado de compromiso lesional, al cierre espontáneo con epitelización completa.

Conclusión

El tejido de granulación hipertrófico es una complicación frecuente en lesiones como las quemaduras. Una reacción inflamatoria excesiva y prolongada en el tiempo parece formar parte de la etiología de esta entidad y, aunque la evidencia es limitada, varios estudios sugieren que la aplicación de corticoides tópicos de potencia media-alta, con o sin antimicrobianos asociados, durante un breve periodo de 1 o 2 semanas podrían constituir una opción terapéutica eficaz, reduciendo el tejido de granulación y permitiendo la reepitelización.

Debido a que la duración del tratamiento no suele ser prolongada en el tiempo, no se deberían observar efectos sistémicos, aunque con superficies corporales muy extensas lo más prudente sería tratar zonas pequeñas en distintos tiempos.

Bibliografía

Gil Pallares P. Corticoides tópicos, quemaduras y tejido de granulación hipertrófico. Rev Mult Ins Cutánea Aguda. 2020; 21:50-60.

González Suárez B. Abordaje enfermero de quemaduras menores. RqR Enferm Comunitaria (Revista de SEAPA). 2021; 9 (1):6-17.

Moguillansky A. Modulación del tejido de granulación con corticosteroides: clínica y terapéutica en quemaduras de pacientes ambulatorios. BVS. 2011; s.n: 21.

Píriz-Campos R.M, Martín Espinosa N.M. Cuidados de enfermería locales en las quemaduras. Rev. Rol enferm. 2014; 37 (2): 89-92.

Cigarrillos electrónicos y vapors. Nueva tendencia, nueva evidencia.

Ortiz Rozalén, Cristina⁽¹⁾; Noguero Puente, Miriam⁽²⁾; Febrero Fernández, Carmen⁽³⁾; Morales Aguilera, Cristina⁽⁴⁾; De Andrés Vicente, Marta⁽⁵⁾; Salgado Reig, Ramón María⁽⁶⁾;

(1) Centro de Salud Isla de Oza, Madrid

(2) Centro de Salud Monterrozas, Las Rozas

(3) Centro de

Salud Valle de la Oliva, Majadahonda

(4) Centro de Salud Valdezarza, Madrid

(5) Centro de Salud El

Abajón, Las Rozas (6) Centro de Salud Isla de Oza

Introducción

Los cigarrillos electrónicos (E-cigs), conocidos como vapeadores, son dispositivos que producen vapor al calentar líquidos que pueden contener nicotina, aditivos y otros productos químicos, según la OMS nocivos para la salud. Este tipo de productos plantean preocupaciones significativas debido a su promoción activa entre los jóvenes, con más de 16.000 sabores atractivos y estrategias de marketing incluyendo el uso de redes sociales y personajes de dibujos animados. A nivel mundial, la falta de regulación es alarmante, con 88 países sin una edad mínima establecida para comprar estos dispositivos y 74 sin regulaciones específicas sobre su uso.

En España, según el informe estadístico más reciente disponible del Ministerio de Sanidad (2023), se observa un aumento en el consumo de cigarrillos electrónicos en los últimos tres años, especialmente entre hombres y en el grupo de edad de 15 a 64 años. Se destaca una preferencia por los sistemas que contienen nicotina sobre los que no la contienen, y se estima que entre el 34% y el 65% de los usuarios los utilizan como sustituto del tabaco.

Objetivos

El estudio pretende evaluar cómo los cigarrillos electrónicos y los vapors afectan la salud cardiovascular, investigando sus efectos en la enfermedad vascular periférica y sus consecuencias a medio y largo plazo.

Metodología

Se realizó una **revisión narrativa** mediante la consulta de diferentes bases de datos:

PubMed, Scielo España, Dialnet, Clinical Key, CINALH, Cochrane Library, Web of Science WOS, UpToDate, Biblioteca Virtual de Salud y páginas web sanitarias oficiales. Se utilizaron términos del lenguaje libre y controlado (MeSH y DeSC) combinados con el operador booleano "AND".

La búsqueda se limitó a documentos publicados los últimos 5 años y se filtró por revisiones sistemáticas y metaanálisis. Se aceptaron documentos en inglés y español.

Palabras clave: electronic nicotine delivery systems, vaping, peripheral arterial disease, heart disease risk factors.

Resultados y conclusiones

Resultados

Los cigarrillos convencionales contienen alrededor de 5.000 sustancias nocivas, destacando la nicotina y el monóxido de carbono como los principales desencadenantes de complicaciones circulatorias.

La nicotina aumenta la trombina y el fibrinógeno, mientras que el monóxido de carbono reduce la capacidad de transporte de oxígeno y daña la pared endotelial de los vasos sanguíneos.

Los cigarrillos electrónicos han generado debate por sus posibles efectos en la salud cardiovascular, con productos químicos como la nicotina y los oxidantes relacionados con eventos cardiovasculares.

Un estudio reciente encontró que tanto el uso de cigarrillos electrónicos como el de combustibles aumentó la rigidez vascular en adultos jóvenes sin factores de riesgo, junto con la disfunción endotelial.

Aunque algunos estudios sugieren que los ex fumadores que usan cigarrillos electrónicos tienen menos probabilidades de problemas respiratorios, persisten preocupaciones sobre los riesgos de aumento de la presión arterial, disfunción endotelial y estrés oxidativo asociados con el uso agudo de cigarrillos electrónicos.

Sin embargo, la interpretación de los hallazgos aún está en debate, ya que un estudio sugiere que la disfunción endotelial observada en los fumadores de cigarrillos tradicionales podría ser atribuible a otros tóxicos, no necesariamente a la nicotina.

Conclusiones

Es esencial considerar los riesgos del uso de E-cigs, ya que numerosos estudios indican efectos vasculares similares al tabaco convencional.

Dada la incertidumbre sobre sus efectos a largo plazo, se necesita más investigación y tratar a los usuarios de E-cigs como a fumadores de tabaco en la prevención y detección de enfermedades cardiovasculares.

La OMS desaconseja respaldar los E-cigs como alternativa para dejar de fumar hasta que haya más evidencia sobre sus consecuencias a largo plazo.

En resumen, promover la cesación tabáquica sigue siendo la mejor estrategia para prevenir enfermedades cardiovasculares, mientras se enfatiza la necesidad de investigación continua para orientar decisiones clínicas y políticas de salud pública.

TERAPIA CON CÉLULAS MADRE EN LAS ÚLCERAS DEL PIE DIABÉTICO

Noquerol Puente, Miriam⁽¹⁾; Ortiz Rozalén, Cristina⁽²⁾; Febrero Fernández, Carmen⁽³⁾; Morales Aguilera, Cristina⁽⁴⁾; de Andrés Vicente, Marta⁽⁵⁾;

(1) Centro de Salud
Monterrozas, Las Rozas
Salud Valle de la Oliva,
Majadahonda

(2) Centro de Salud Isla de
Oza, Madrid
(4) Centro de Salud
Valdezarza, Madrid
Abajón, Las Rozas

(3) Centro de
(5) Centro de Salud El

Introducción

Las úlceras del pie diabético son una de las complicaciones crónicas más frecuentes de la Diabetes Mellitus, existiendo un importante riesgo de amputación del pie. Los estudios indican que al menos un 15% de esta población desarrollará esta úlcera durante su vida. Debido a que el proceso de curación de estas heridas está dificultado por la propia enfermedad (neuropatía y/o enfermedad vascular), en muchas ocasiones se hace difícil realizar un correcto abordaje de las mismas.

Las células madre utilizadas en la práctica clínica se derivan fundamentalmente del tejido adiposo, médula ósea, cordón umbilical y placenta. Estas células desempeñan un papel importante en la reparación y regeneración de tejidos para la cicatrización de las heridas, ya que tienen la capacidad de formar nuevas células.

Objetivos

El objetivo de la revisión fue evaluar la eficacia clínica de la terapia de células madre en el tratamiento de las úlceras del pie diabético en comparación con el tratamiento convencional.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica mediante la búsqueda de la literatura en las diferentes bases de datos: PubMed, Embase, Google Scholar, Dialnet, CINAHL, Cuiden, Biblioteca Virtual de Salud, Cochrane Library y Scielo España.

La búsqueda se limitó a artículos publicados en los últimos cinco años. Se incluyeron artículos en inglés y español. Respecto al tipo de estudio, se realizó una restricción a revisiones sistemáticas y a metaanálisis, con la excepción de un estudio clínico por su relevancia científica.

Se utilizaron términos en lenguaje libre y controlado (MeSH y DeSC) y se combinaron con el operador booleano "AND".

Palabras clave: Stem Cells, Treatment, Ulcers, Diabetic foot.

Resultados y conclusiones

Resultados

Los estudios mostraron que el porcentaje de curación y cicatrización de las úlceras del pie diabético fue mayor en los pacientes que recibieron la terapia con células madre en comparación con el tratamiento convencional.

La medición de la presión transcutánea de oxígeno, que es una prueba no invasiva que proporciona información acerca del suministro de oxígeno que llega a los tejidos, obtuvo mejores resultados en el grupo de estudio.

Así mismo, se comprobó que los pacientes tratados con células consiguieron una mejoría de la isquemia en el sitio anatómico en el que se encontraba la úlcera al producirse una mayor angiogénesis en la zona. Por lo tanto, el análisis destaca que el número de amputaciones fue significativamente menor.

Por otro lado, es destacable que los pacientes con terapia celular pudieron recorrer mayores distancias andando sin dolor. Igualmente, comprobaron que el dolor en reposo también fue menor con esta terapia.

Conclusiones

La terapia con células madre en úlceras de pie diabético es capaz de facilitar la cicatrización, estimular la angiogénesis y mejorar la isquemia, reduciendo de esa manera el tamaño de la herida.

Esta alternativa ha demostrado mejorar la tasa de curación con respecto a la convencional, considerándose por lo tanto una estrategia de tratamiento efectivo y seguro. Además, se ha comprobado que puede mejorar la calidad de vida.

Sin embargo, es preciso realizar más investigaciones para conocer cuál es la mejor vía de administración de la terapia y qué células madre obtienen mejores resultados terapéuticos según su procedencia.

Bibliografía

Sun Y, Zhao J, Zhang L, Li Z, Lei S. Effectiveness and safety of stem cell therapy for diabetic foot: a meta-analysis update. Stem Cell Res Ther [Internet]. 2022; 13(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13287-022-03110-9>

Yu X, Liu P, Li Z, Zhang Z. Function and mechanism of mesenchymal stem cells in the healing of diabetic foot wounds. Front Endocrinol (Lausanne) [Internet]. 2023; 14. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.3389/fendo.2023.1099310>

Lopes L, Setia O, et al. Stem cell therapy for diabetic foot ulcers: a review of preclinical and clinical research. Stem Cell Res Ther [Internet]. 2018;9(188). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13287-018-0938-6>

EFICACIA DEL OXIGENO HIPERBÁRICO EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS DE PIE DIABÉTICO

De Andrés Vicente, Marta⁽¹⁾; Morales Aguilera, Cristina ⁽²⁾; Ortíz Rozalén , Cristina⁽³⁾; Noguerol Puente , Miriam⁽⁴⁾; Febrero Fernández , Carmen ⁽⁵⁾;

(1) Centro de Salud Las Rozas- El Abajón

(2) Centro de Salud Valdezarza-Sur

(3) Centro de Salud Isla

(4) Centro de Salud de Monterozas

(5) Centro de Salud Valle de la Oliva

Introducción

Las úlceras de pie diabético son una complicación frecuente de la diabetes mellitus con repercusiones clínicas significativas en el paciente. Los estudios refieren que entre el 19% y el 35% de las úlceras diabéticas no cicatrizan y entre el 10% y el 20% evolucionan a la amputación de las extremidades inferiores. Por ello en los últimos años, se ha estudiado acerca de tratamientos complementarios al tratamiento convencional, como es la terapia con oxígeno hiperbárico.

En las úlceras crónicas los tejidos lesionados se vuelven hipóxicos lo que deriva en un retraso en la cicatrización de estas lesiones. Por tanto, el oxígeno juega un papel fundamental en la curación de estas.

Objetivos

El objetivo del estudio fue analizar la eficacia del oxígeno hiperbárico en el tratamiento de las úlceras de pie diabético.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica mediante la revisión de varias bases de datos: PubMed, Scielo España, Dialnet, CINALH, Cochrane Library, LILACS. La búsqueda se limitó a los estudios publicados en los últimos 5 años. Se utilizaron términos en lenguaje libre y controlado (MeSH y DeSC) y se combinaron con los operadores booleanos "OR" y "AND". La búsqueda se limitó a los estudios publicados en los últimos 5 años, revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos clínicos.

Palabras clave: Diabetic Foot, Diabetic Feet, Hyperbaric Oxygen Therapy, Hyperbaric Oxygenation, Wound Healing, Regeneration .

Resultados y conclusiones

Resultados:

Los estudios evidenciaron que en las lesiones crónicas los tejidos afectados se vuelven hipóxicos y esto supone una mayor dificultad para la curación de la úlcera. Por lo tanto, el oxígeno tiene una importancia destacable para favorecer la cicatrización de este tipo de lesiones. La terapia con oxígeno hiperbárico consistiría en una cámara con oxígeno al 100% y una presión atmosférica mayor que el nivel del mar (normalmente 1,4 atmósferas) en la cual se introduce al paciente. Esta es capaz de reducir de manera significativa el tamaño de la herida, así como tiene un efecto mucho más rápido en el proceso de cicatrización de heridas en comparación con la terapia convencional. Así mismo, indican que su mayor eficacia sería como terapia complementaria a los cuidados estándar de este tipo de lesiones afectando considerablemente a la tasa de curación de las úlceras del pie diabético en términos de reducción del tamaño de la herida en comparación con la administración exclusiva del tratamiento convencional.

Conclusiones:

En conclusión, la evidencia científica demuestra que la terapia de oxígeno hiperbárico sería eficaz como tratamiento complementario a un cuidado óptimo de las úlceras de pie diabético puesto que se ha visto que acelera el proceso de cicatrización de este tipo de lesiones, actúa estimulando la angiogénesis, mejorando el flujo sanguíneo local y la regulación de la temperatura de los tejidos. Así como, aumenta la cantidad de oxígeno en los tejidos.

Por último, favorece la disminución de la carga microbiana, y el riesgo de amputación de la extremidad. A pesar de sus beneficios demostrados, los estudios indican que hacen falta más investigaciones y ensayos sobre este tipo de tratamiento para las úlceras de pie diabético.

Excediendo los límites: la hipergranulación. Abordaje desde Atención Primaria.

Martín Blanco, Cristina⁽¹⁾; Rocés Bergantiños, Ana⁽²⁾; Torres Rodríguez, Maria del Pilar⁽³⁾;

(1) CAP Cirera
Molins
(Mataró)

(2) Centro de Salud Castro Prieto (Salamanca)

Introducción

La hipergranulación es un problema frecuente en atención primaria, ocurre cuando en la fase proliferativa del proceso de cicatrización, el tejido de granulación que rellena la lesión, formado por capilares, fibroblastos, colágeno y células inflamatorias, aumenta en exceso y se sobreeleva con respecto a los bordes de la lesión, dificultando su cicatrización.

Esta hipergranulación puede ser secundaria a distintas causas con un ambiente inflamatorio excesivo: infección, fricción, exceso de humedad o dermatitis irritativa de contacto. Otra causa podría ser un desequilibrio de las metaloproteinasas de matriz, enzimas responsables de degradar proteínas durante la fase de proliferación, manteniendo un equilibrio entre la formación de colágeno y la reabsorción de la matriz extracelular. Cuando hay un desequilibrio y es mayor la cantidad de colágeno, este crece de forma descontrolada produciendo sobregranulación.

Objetivos

1. Conocer las posibles medidas de prevención para evitar la hipergranulación.
2. Identificar los tratamientos para la hipergranulación que pueden utilizarse en una consulta de Atención Primaria.
3. Realizar una revisión de la literatura científica sobre la hipergranulación identificando últimas investigaciones, tendencias y enfoques terapéuticos.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de artículos en las bases de datos Google Scholar y PubMed con los términos “hipergranulación”, “sobregranulación”,

“hypergranulation” y “overgranulation” revisando la literatura científica relacionada con el tema de los últimos 10 años.

Resultados y conclusiones

Actualmente, la falta de ensayos clínicos dificulta la determinación del procedimiento más adecuado para el tratamiento de la hipergranulación. Aun así la literatura coincide en ciertas recomendaciones.

Como medida básica se aconseja disminuir la humedad del tejido y ejercer presión local para disminuir el edema del lecho. Para ello se sustituirán los apósitos oclusivos por permeables y se empleará terapia compresiva siempre y cuando no exista compromiso vascular.

Los corticoides ayudan a amortiguar la respuesta inflamatoria asociada, su aplicación durante una semana tiene efectos positivos. Aunque aplicados en pomada, pueden aportar una humedad no deseada al lecho de la de la herida.

Las barras de nitrato de plata reducen la hipergranulación quemando el tejido, ha de evitarse su uso prolongado limitándolo sólo a las zonas más resistentes y siempre protegiendo la piel perilesional para evitar quemaduras.

Si la hipergranulación está asociada a una carga bacteriana elevada se recomiendan antimicrobianos tópicos, aconsejando productos como povidona yodada, cadexómero yodado, plata o productos a base de miel.

Si no existe mejoría es necesario descartar malignidad, algunas lesiones cancerígenas pueden tener un aspecto similar a la hipergranulación.

Conclusiones

- Estrategias preventivas: uso de apósitos no oclusivos, gestión eficaz del exudado, tratamiento de la inflamación y prevención de la infección.
- El corticoide tópico destaca por su capacidad antiinflamatoria y ayuda a reducir el tejido de granulación ofreciendo un tratamiento indoloro y no invasivo, convirtiéndolo en una opción idónea para la consulta de Atención Primaria.
- La falta de ensayos clínicos dificulta la determinación del procedimiento más adecuado para el tratamiento de la hipergranulación, por lo que resulta importante continuar con su investigación.

Bibliografía

Palomar Llatas F, Pastor-Orduña MI, et al. Características y manejo del lecho de las heridas crónicas. *Enferm Dermatol*. [Internet]. 2018 Enero 1 [Citado el 27 de abril de 2024];12(33):10–8.

?Linneman PK, Litt J. Hypertrophic Granulation Wounds Treated With Silver Nitrate Sticks or With Topical Steroid: Rate of Wound Closure. *J Burn Care Res* [Internet]. 2021 Oct 23 [Citado el 27 de abril de 2024]; 43(2):403–407.

Merlo González E, Martínez González G. Hipergranulación en úlceras de miembros inferiores. *Enferm Dermatol*. [Internet]. 2020 Aug 31 [Citado el 27 de abril de 2024];14(40).

Brown A. An overview of managing hypergranulation in wounds. *JCN* [Internet]. 2019 Jun [Citado el 27 de abril de 2024];33(3): 42-44

Cómo realizar una adecuada higiene de las heridas

Ruiz Nuñez, Cristina⁽¹⁾; Ruiz Serrano, Almudena⁽¹⁾; Vallés Sisamón, Marta Teresa⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Gerencia Asistencia Sanitaria Soria

Introducción

La limpieza de las heridas es un elemento fundamental en su cuidado, constituyendo el primer paso para su valoración y tratamiento (1).

Existe controversia sobre cuál es el método de limpieza más apropiado, la frecuencia de realización o las soluciones más eficientes, pero siempre tener en cuenta que un tratamiento inadecuado puede afectar negativamente (2).

Por ello es importante definir cuáles son los criterios a valorar y la necesidad de realizar una valoración holística de la herida, en contexto global de cada uno de los pacientes, individualizando el proceso.

Objetivos

Identificar los diferentes métodos de limpieza de las heridas, evaluando efectividad y comparando eficacia en diferentes situaciones.

Metodología

Revisión bibliográfica primer trimestre de 2024 en bases datos Cochrane, Pubmed o Scielo, con descriptores “wound” and “cleansing”. Seleccionados artículos en inglés o español de últimos 10 años.

Resultados y conclusiones

La limpieza de las heridas es una actividad habitual en el abordaje de las mismas para evitar complicaciones como infección y acelerar el proceso de cicatrización (2,4).

Este procedimiento se debe realizar mediante aplicación de una solución no tóxica, permitiendo eliminar desechos, exudado y restos de material, creando un ambiente óptimo (1,3).

Las principales soluciones de limpieza disponibles están consideradas como no antisépticas: el agua, soluciones fisiológicas o soluciones con agente surfactante. Se recomiendan usar mediante chorro o irrigación, ajustando presiones de lavado al tipo de heridas y recursos disponibles (1,2).

De forma general, la limpieza debe realizarse con suero fisiológico o agua potable, excepto si es necesario controlar carga bacteriana, donde se usarían compuestos antisépticos. Estas soluciones no deben usarse de forma rutinaria, sólo si hay signos de infección, ya que pueden producir citotoxicidad si no se usan adecuadamente (3).

Las principales soluciones antisépticas ordenadas de mayor a menor según nivel de evidencia (1,3):

Recomendación alta:

- ALCOHOL: En piel sana para técnicas invasivas de bajo riesgo. No aplicarse en heridas ni mucosas, al ser irritante.
- CLORHEXIDINA: Diferentes presentaciones (líquido, gel) y concentraciones (0,05 al 4%). En antisepsia manos y prequirúrgica piel sana (solución alcohólica).
- POLIHEXANIDA: Fomento heridas 0,02, 0,04 o 0,1%. Gel y apósitos 0,1%. En heridas agudas con riesgo de infección, úlceras y quemaduras de segundo grado superficial por efecto analgésico.

Contraindicada 4 primeros meses de embarazo por posibilidad reacción alérgica.

Recomendación moderada:

- ÁCIDO HIPOCLOROSO/ HIPOCLORITO SÓDICO: De elección en heridas agudas contaminadas y disminución carga bacteriana heridas infectadas.
- PLATA: Diferentes concentraciones. En heridas infectadas, durante tiempo máximo 14 días. Después reevaluación de la utilidad del tratamiento. No uso extensivo, a largo plazo o preventivo.
- OCTENIDINA: Solución o gel 0,05 (heridas crónicas) o 0,1% (heridas agudas , contaminadas y traumáticas). Desaconsejado uso en cavidades o lavados peritoneales.
- YODÓFOROS: Más usada solución acuosa, concentraciones 2-10%. También base alcohólica, gel, tul de malla hidrófila y cadexómero yodado (apósito, gránulos y pasta).

Riesgo disfunción tiroidal si uso más 7 días.Recomendación baja:

- PERÓXIDO HIDRÓGENO: Limpieza heridas muy sucias o sospecha anaerobios.

Como conclusión a todo lo anterior, se podría añadir que realizar una adecuada limpieza de las heridas constituye medida básica en su tratamiento, produciendo unos cuidados de calidad que repercutirán positivamente en la salud del paciente.

Bibliografía

- 1.Casanova PL. DOCUMENTO TÉCNICO GNEAUPP No XVII Limpieza de las heridas: soluciones, presión y técnicas utilizadas [Internet]. GNEAUPP. 2023 [citado el 25 de abril de 2024].
2. Milne J. La importancia de la limpieza de la piel en el cuidado de heridas. H. J. Nurs [Internet]. 2019 [citado el 25 de abril de 2024];28(12):S20–2.
3. Romero-Collado, Á., Verdú-Soriano, J., & Homs-Romero, E. (2022). Recomendaciones del uso de antimicrobianos en heridas crónicas. Gerókomos , 33 (2), 111-118.

BELMONT : Conocimiento y manejo en el quirófano

Arranz Fernández, L⁽¹⁾; Hervás Arconada, L⁽¹⁾; Gutiérrez García, A⁽¹⁾; Arranz Gaisán, L⁽¹⁾; Fernández Sánchez, M.E⁽¹⁾; Sanchez Santos, M⁽¹⁾;

(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID BLOQUE QUIRÚRGICO

Introducción

La hemorragia masiva puede producir inestabilidad hemodinámica, disminución de la perfusión tisular, daño de órganos y muerte. Los principales objetivos de reanimación son restaurar el volumen sanguíneo circulante y detener la hemorragia donde el uso de fluidos intravenosos y productos sanguíneos son elementos esenciales.

Los infusores rápidos de fluidos y los calentadores de líquidos son de gran importancia y salvan las vidas de pacientes en estado crítico ya que ayudan a mantener una temperatura normal y administran productos sanguíneos y líquidos a velocidades rápidas. Por lo general este tipo de sistemas son utilizados por profesionales de la salud capacitados en un hospital o entorno clínico.

Objetivos

-Describir el empleo de los sistemas de calentamiento e infusión rápida de fluidos intravenosos como el **BELMONT**

-Describir la función de enfermería en la utilización del dispositivo electrónico, así como de sus componentes, para obtener el uso eficiente y seguro en situaciones de riesgo.

Metodología

Para la revisión bibliográfica, se ha utilizado una búsqueda electrónica en bases de datos de artículos, así como manuales físicos relacionados con la guía de instrucciones básicas del BELMONT.

Las bases de datos utilizadas fueron: Google académico, Scopus y Pumed, limitando la búsqueda

a una antigüedad de los trabajos de 10 años, que estuvieran en idioma inglés y español y que fueran aplicados únicamente a mayores de 18 años.

Resultados y conclusiones

RESULTADOS

La mayoría de los autores recomiendan la utilización de este tipo de dispositivos electrónicos, en pacientes con hemorragia masiva, para recuperar la volemia a través de la infusión de grandes cantidades de fluidos y transfusión de hemoderivados, con el objetivo de garantizar la perfusión y oxigenación tisular. Hipotermia, acidosis y coagulopatía se consideran la triada mortal.

Características:

- Cebado rápido y automático: en menos de 1 minuto y se vuelve a cebar fácilmente sin desconectar al paciente
- Control preciso del suministro de fluidos a través de una bomba peristáltica
- Pantalla táctil intuitiva y de alto contraste: proporciona instrucciones fáciles de seguir, descripciones claras de alarmas y alertas
- Regulación de presión avanzada: monitoreo automático de presión y ajuste del caudal
- Detección y eliminación automática de aire: protege contra embolias al paciente
- Calentamiento por inducción electromagnética: proporciona un fluido normotérmico constante en segundos
- Desechables libres de aluminio

CONCLUSIONES

El Belmont es un dispositivo en la lucha contra la hipotermia y en la pérdida de sangre, ya que administra sangre rápidamente y líquidos calentados de manera segura.

En quirófano, el conocimiento de este dispositivo por parte del personal sanitario, ayudará a conseguir un uso seguro ya adecuado en situaciones críticas

Bibliografía

1. 903-00039A Infusor rápido Belmont RI-2 equipo. Hemisur; [consultado el 20 de Mayo del 2024].
2. Diferentes modelos de infusores nivel 1. Somatechnology; 2020. [Consultado el 20 de Mayo del 2024].
3. Bomba de infusión 1 vía by Belmont Medical Technologies. Medicaexpo; [Citado el 20 de Mayo del 2024].
4. Fernández-Hinojosa, E; Murillo-Cabezas, F; Puppo-Moreno, A; Leal-Noval, S.R. Alternativas terapéuticas de la hemorragia masiva. Medicina intensiva [internet]. 8 de Febrero de 2022
5. Víctor Parra M. Shock hemorrágico. Revista médica Clínica las Condes (2018). Emergencias vitales en la práctica clínica. Vol 22 , Num 3. p. 255-264. DOI 10.1016/50716-8640(11)70424-4

MANEJO DEL BIOFILM EN HERIDAS

Rubio Vicente, Sara⁽¹⁾; Angulo Ortiz, Ana⁽¹⁾; Ibarguen Lekue, Amaia⁽¹⁾; Orozco Pérez, Ibone⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Hospital Galdakao-usansolo

Introducción

DEFINICIÓN DE BIOFILM: Un ecosistema microbiano organizado, resistente y de aspecto gelatinoso, conformado por una o varias especies de microorganismos asociados a una superficie viva o inerte, con características funcionales y estructurales complejas que causa una inflamación prolongada y dificulta la cicatrización de las heridas.

Objetivos

Manejar el biofilm para conseguir una correcta cicatrización de la herida compleja a través de una estrategia antibiofilm durante el proceso de cura.

Metodología

Para ello utilizaremos una estrategia (eliminación del biofilm) con diferentes fases, preparación del lecho (limpieza desbridamiento), acondicionamiento de bordes y cura local (aplicación de productos)

1. PREPARACION DEL LECHO: Optimizar el estado del lecho para la óptima actuación del producto.

- LIMPIEZA:

Debe realizarse siempre, tras cada la evaluación y diagnóstico de la patología y tras cada cambio de apósito. Se utilizará una solución antimicrobiana adecuada para tratar el lecho y la piel perilesional, con suficiente fuerza para eliminar físicamente el biofilm. No se recomienda el uso sistémico de antisépticos, como la povidona yodada y el peróxido de hidrógeno.

- DESBRIDAMIENTO:

El desbridamiento implica la eliminación física del biofilm, del tejido desvitalizado, de los elementos residuales y de la materia orgánica. La herida ha de limpiarse antes y después del desbridamiento. Los tipos de desbridamiento dependerán de la formación del profesional y su competencia. Si el desbridamiento cortante no fuera posible hay que recordar que un desbridamiento leve y repetitivo es mejor que nada. El desbridamiento autolítico NO se considera adecuado para la higiene de la herida ya que es poco probable que elimine el biofilm. Hay que tener en cuenta que este puede ser un proceso doloroso y precisa de él consentimiento de le paciente.

3. ACONDICIONAMIENTO DE LOS BORDES: Los bordes de las heridas son el lugar principal donde residen las bacterias del biofilm, para proceder a su acondicionamiento es necesario retirar zonas necróticas y elevadas para mantener el lecho en el mismo plano que la piel.

4. APLICACIÓN DE APÓSITOS: Para evitar la reformación del biofilm es necesario la aplicación de un apósito adecuado hasta la siguiente cura. Un apósito antibiofilm solo se debe utilizar durante un tiempo indicado, tras haber abordado el biofilm se debería pasar a un apósito sin tecnologías antibiofilm o antimicrobianas.

Resultados y conclusiones

En heridas de difícil cicatrización es imprescindible la buena higiene de la herida a través de medidas de limpieza, desbridamiento, acondicionamiento de bordes y colocación de apósitos adecuados para favorecer la cicatrización de la herida para evitar su estancamiento, evitando a su vez un aumento de la demanda de servicios clínicos, disminuyendo el uso de antibióticos, evitando el aumento de costes tanto económicos como psicológicos.

Bibliografía

Verdú-Soriano J, Romero-Collado A. El biofilm. En: Rodríguez M, Esperón JA (coord). Serie "Breve y fácil en heridas". GNEAUPP. 2023 May;(2):1-6. ISBN: 978-84-09-51919-4. Disponible en: www.gneaupp.info

Murphy C, Atkin L, Vega de Ceniga M, Weir D, Swanson T. Documento de consenso internacional. Integrando la Higiene de la Herida en una estrategia de cicatrización proactiva. J Wound Care 2022;31:S1–S24. Publicado por: MA Healthcare Ltd, St Jude's Church, Dulwich Road, Londres, SE24 0PB (Reino Unido) Publicado por: MA Healthcare Ltd, St Jude's Church, Dulwich Road, Londres, SE24 0PB (Reino Unido) Web: www.markallengroup.com

USO COMBINADO DE FIBRAS DE ALGINATO CÁLCICO Y ÓXIDO DE ZINC EN HERIDAS

JAÉN CASARES, VIRGINIA⁽¹⁾;

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREJÓN

Introducción

En los últimos tiempos, se está buscando la mejor evidencia científica respecto a los procedimientos de curas de heridas por parte de Enfermería. En este Póster presento las últimas recomendaciones y evidencia acerca del uso combinado de óxido de zinc y fibras de alginatos para la cura de heridas determinadas, puesto que esta técnica combinatoria se ha puesto "de moda" en las últimas publicaciones científicas y cada vez es más usada en la práctica clínica diaria.

Objetivos

Describir el proceso y procedimiento de la cura con loción de óxido de zinc y fibras de alginato cálcico, detallando en qué tipo de heridas y procesos está avalado por la última evidencia científica disponible.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos PudMec, ScieLO y Google Scholar. mediante las palabras claves: acute wound, wound healing, zinc oxide y alginate fibers.

Resultados y conclusiones

Se precisan ensayos clínicos robustos para poder generalizar el uso combinado de fibras de Alginato y Óxido de Zinc. Aún así, existe considerable evidencia científica respecto al uso en heridas específicas, demostrando aceleración en la cicatrización adecuada y disminución de la flora bacteriana en la herida.

Bibliografía

1. Jayakumar r, sudheesh kumar pt, mohandas a, lakshmanan v-k, biswas r. Exploration of alginate hydrogel/nano zinc oxide composite bandages for infected wounds. Int j nanomedicine [internet]. 2015.
2. Cisneros cg. Caso clínico. Óxido de zinc y alginato en la cura de heridas superficiales. 2023.
3. Montero ec. Óxido de zinc y alginato: una combinación perfecta [internet]. Elena conde montero. 2022 .

Uso de la matriz transitoria biodegradable en el manejo y cura de una herida quirúrgica

Agruña Alvarez, Raquel⁽¹⁾; Navarro Borrás, Patricia⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Hospital Vall d'Hebrón

Introducción

En la actualidad disponemos de una serie de sustitutos dérmicos que ayudan al tratamiento de heridas y defectos de cobertura cutánea.

La primera opción de cobertura es el uso del injerto autólogo, sin embargo, hay situaciones en las que no es posible realizarlo. En estos casos, el uso de coberturas temporales permitirá conservar la viabilidad de la herida, disminuir el riesgo de infección y minimizar el dolor y estrés metabólico.

De acuerdo con algunas publicaciones la matriz extracelular está formada por diferentes tipos de fibras de colágeno, elastina, polisacáridos y glucoproteínas que resultan clave para que las células puedan organizarse en tejidos. La matriz es la encargada por un lado, del transporte de oxígeno y nutrientes del capilar a la célula y por otro, de la eliminación de CO₂ y toxinas de la célula al capilar, por lo tanto entre células y matriz hay una interfaz que permite la comunicación entre ellas. Diferentes autores han demostrado la utilidad y versatilidad de lo que la bioingeniería ha hecho posible, el desarrollo de distintos sustitutos dérmicos para el tratamiento, reconstrucción y cobertura de lesiones.

Objetivos

El objetivo principal es la cobertura total de la piel lesionada, mientras se genera una barrera funcional y estable que supondrá la base de la futura cicatriz.

Metodología

Mujer de 76 años, con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión y dislipemia con diagnóstico de isquemia crónica grado IV en extremidad inferior izquierda, a la que se le realizó inicialmente amputación urgente transmetatarsiana abierta del 2º al 5º dedo izquierdo por infección y posteriormente, intervención de Friedrich de la misma, colocando intraquirófano una malla sintética como sustituto dérmico y biodegradable formada por una espuma de poliuretano termostatizada adherida a una membrana impermeable transparente para cobertura y tratamiento del lecho de amputación.

Se colocó terapia presión negativa durante tres semanas y una vez la matriz estuvo completamente integrada en la herida se retiró la membrana de sellado y se realizó autoinjerto.

Resultados y conclusiones

RESULTADOS

Se realizó seguimiento y registro fotográfico del lecho de amputación de la paciente desde la implantación de la matriz hasta que se retira la membrana de sellado en el que se pudo observar los cambios en la superficie de la herida y proliferación del tejido de granulación.

CONCLUSIONES

La medicina regenerativa y la ingeniería tisular, gracias a los nuevos conocimientos aportados por la biología y a bioingeniería, se incorporan poco a poco a todas las especialidades, incluyendo la cirugía vascular, abriendo así nuevos paradigmas en el abordaje y cura de algunas heridas.

Con respecto al manejo del lecho de amputación, su curación se ha beneficiado con la utilización de sustitutos dérmicos como la matriz extracelular que evita la evaporación de la superficie cruenta de la herida, acelera el proceso de cicatrización, disminuye el tiempo de hospitalización y mejora los resultados funcionales.

Bibliografía

Roa R, Taladriz R. Uso actual de sustitutos dérmicos en cirugía reparadora. Rev Chil Cir. 2015; 67(6):647-652

Sturla F, Drago H, et al. La matriz extracelular en la curación de las heridas cutáneas. Aspectos físicos, químicos y biológicos. Rev. Asoc. Méd. Argent. 2018; 131(2):7-26

Wagstaff MJ, Schmitt BJ, Caplash Y, Greenwood JE. Free Flap Donor Site Reconstruction: A Prospective Case Series Using an Optimized Polyurethane Biodegradable Temporizing Matrix. Eplasty. 2015; 15:(27).

Fomentar el bienestar emocional consiguiendo la coherencia cardiaca

Ibarguen Lekue, Amaia⁽¹⁾; Orozco Perez, Ibone⁽¹⁾; Rubio Vicente, Sara⁽¹⁾; Angulo Ortiz, Ana⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Hospital Galdakao

Introducción

La coherencia es un estado de armonía donde el pensamiento y la emoción están en sintonía. Ésta se consigue con la coherencia cardiaca.

La coherencia cardiaca es la sincronización del ritmo respiratorio y el cardiaco. A través de las respiraciones conscientes se regula el sistema nervioso autónomo (SNA) y la variabilidad del ritmo cardiaco (HRV); mejorando la salud cardiovascular.

La (HRV) es la variación en el tiempo que transcurre en milésimas de segundos entre los intervalos R-R medidos en un electrocardiograma, y demuestra la interacción entre el SNA y la frecuencia cardiaca. Además, está basada en la neurocardiología que relaciona cerebro y corazón, en definitiva, razón y emociones.

Por lo que, en cada respiración consciente, se consigue regular el SNA y (HRV), transmitiendo a nuestro cuerpo el permiso de sentir la necesidad y satisfacerla para estar en un estado de bienestar emocional.

El bienestar emocional es el estado de ánimo en el cual la persona se siente en paz, tranquila y con las emociones equilibradas, sintiendo que puede hacer frente a los problemas.

Objetivos

- Conseguir el bienestar emocional.
- Disminuir la sensación desagradable de la persona. Identificar y satisfacer la necesidad sentida.
- Conseguir la sintonía del pensamiento y la emoción.

Metodología

Se incluye un plan de cuidados con un enfoque holístico realizando educación para la salud.(EPS)

Las intervenciones que se van a realizar son:

- Técnica de respiración consciente para conectarse con uno mismo y evadirse del ruido mental. La duración de las mismas son 10 minutos. Se aplicarán hasta que la persona perciba que ya no necesita la presencia de la enfermera y pueda hacerlo sintiéndolas efectivas.
- Estas técnicas se enseñan con EPS, centrada en una atención individualizada y utilizando la teoría de sistemas de enfermería de D.Orem.

Esta teoría se basa en establecer la existencia de tres tipos de sistemas de enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo.

o Sistema totalmente compensatorio: Es el requerido cuando la enfermera realiza la actividad para la persona hasta que ésta pueda reanudar su propio cuidado. En esta fase es la enfermera quien muestra cómo se realizan las respiraciones conscientes.

o Sistema parcialmente compensatorio: Éste no requiere la misma amplitud que la intervención del sistema anterior. La enfermera actúa con un papel de ayuda y la persona está implicada en su autocuidado y en la toma de decisión. En esta fase será ella quien realizará la intervención sin indicaciones, pero sí con la supervisión de la enfermera.

o Sistema de apoyo: Éste se basa en apoyar y motivar durante la respiración y ayudar en caso de que lo solicite. Fomentando la motivación para el autocuidado y promoviendo su capacidad para adaptarse a los cambios.

En este plan de cuidados se respeta el ritmo de la persona teniendo en cuenta sus aptitudes y actitudes. Teniendo una relación terapéutica con una comunicación individual y asertiva.

Resultados y conclusiones

1. Lograr la coherencia cardiaca con respiraciones conscientes.
2. Conseguir el bienestar con la coherencia cardiaca.
3. Fomentar el autocuidado aprendiendo a identificar la necesidad sentida.
4. Reforzar la autoestima apoyando su autoconocimiento.

En conclusión, lo que se quiere subrayar es la importancia de la respiración, para conectarse con uno mismo y sentir lo que se necesita en el aquí y ahora

Bibliografía

1. Blase K, Vermetten E, Lehrer P, Gevirtz R. Neurophysiological approach by self-control of your stress-related autonomic nervous system with depression, stress and anxiety patients. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 [citado el 27 de abril de 2024];18(7):3329.
2. Goessl VC, Curtiss JE, Hofmann SG. The effect of heart rate variability biofeedback training on stress and anxiety: a meta-analysis. Psychol Med [Internet]. 2017 [citado el 27 de abril de 2024];47(15):2578–86. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28478782/>

Uso de espuma de fieltro en úlceras de pie diabético en atención primaria

Febrero, Carmen ⁽¹⁾; de Andrés Vicente, Marta ⁽²⁾; Noguerol Puente, Miriam ⁽³⁾; Ortiz Rozalén, Cristina⁽⁴⁾; Morales Aguilera, Cristina⁽⁵⁾;

(1)

Introducción

Las úlceras en pie diabético causan un gran deterioro físico y psicosocial debido al dolor constante, la dificultad para realizar tareas de la vida diaria y el miedo de una posible amputación, además de un gran gasto al sistema sanitario. Se estima que entre 19-34% de los diabéticos desarrollarán una úlcera en el pie, el 70% de estas úlceras continuarán abiertas tras 20 semanas de tratamiento, la infección afectará al 60% de estas úlceras siendo la principal causa de amputación, y el 70 % de estos pacientes amputados tiene el riesgo de morir en los siguientes 5 años.

Hay 4 pilares fundamentales para un adecuado manejo de estas, que son la limpieza y tratamiento de la infección, el desbridamiento y la descarga de presión siendo este último un pilar importante y poco realizado la consulta de enfermería.

El yeso de contacto total y el calzado posquirúrgico son la primera opción para realizar la descarga , sin embargo en el caso del primero este no es muy bien tolerado ya que limita el movimiento y puede causar úlceras, y el segundo depende de que la persona pueda permitírsela económicamente. La espuma de fieltro es otra opción que junto con un calzado adecuado puede facilitar la descarga.

Objetivos

El objetivo de esta revisión es conocer si el uso de fieltros es útil para realizar la descarga de presión en el manejo de las úlceras en pie diabético en atención primaria.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de metaanálisis y revisiones sistemáticas de los últimos 5 años en bases de datos Pubmed, Dialnet y sociedades científicas, utilizando las palabras clave (Diabetic foot AND offloading)

Resultados y conclusiones

Resultados:

Los fieltros son conglomerados de lana prensada que se emplean para el tratamiento de queratopatías y úlceras, estos se emplean aplicando varias capas y dejando la zona de la úlcera libre para evitar la presión en esa zona.

Existen pocos estudios realizados para comprobar la eficacia de la espuma de fieltro en la curación de la úlceras en pie diabético, pero los que existen han encontrado evidencia de que el empleo de estas contribuye a una cicatrización más eficaz reduciendo de forma significativa la presión plantar siendo esta reducción mayor en la región del metatarso que

en otras zonas, además son mejor tolerados y consiguen una mejor adherencia que el resto tipos de descargas ya que permiten a los pacientes mantener la movilidad, realizar cambios diarios de apósitos y se pueden emplear en casos de úlceras infectadas, además de tener un menor coste.

La mayoría de los estudios establecen para una mayor eficacia el uso de la espuma de fieltro en combinación con otros dispositivos como puede ser un calzado terapéutico.

Conclusiones:

La descarga de la presión plantar en el pie diabético es un pilar fundamental para el tratamiento de una de las complicaciones más frecuentes en este, las úlceras. La evidencia científica respalda el uso de fieltros de espuma para realizar la descarga, no siendo la primera opción pero si pudiendo utilizarse en los casos en los que se requiera, ya que mejora el proceso de curación, con respecto a no hacer ninguna descarga.

Desde atención primaria, siendo el lugar habitual donde los pacientes con esta complicación acuden a consultar a los profesionales, es necesario disponer de los conocimientos adecuados para realizar un buen abordaje, teniendo en cuenta que además de la cura va a ser fundamental realizar una descarga, individualizando el tipo de descarga, teniendo en cuenta la opinión y posibilidades del paciente, pudiéndose utilizar la espuma de fieltro como la opción adecuada o como método de descarga hasta que el paciente consiga otro dispositivo.

TRATAMIENTO CON PLASMA RICO EN FACTORES DE CRECIMIENTO EN LA CONSULTA ENFERMERA DE HERIDAS COMPLEJAS

Ontiveros Lao, Juan⁽¹⁾;

(1) Althaia Xarxa Assistencial

Introducción

Las técnicas de cura de heridas complejas van evolucionando año tras año dando paso a nuevos tratamientos basados en terapias avanzadas.

Entre las diversas técnicas de cura se encuentra la aplicación de plasma rico en factores de crecimiento (PRFC) obtenido del propio paciente.

Esta técnica, considerada una cirugía menor, se realiza extrayendo el PRFC de la sangre del mismo paciente para después infiltrarlo y/o depositarlo en la herida a tratar.

Con la cura mediante PRFC se consiguen beneficios tales como la aceleración en el proceso de cicatrización, un tejido cicatricial óptimo y una notable disminución del dolor, perdurando estos durante largo tiempo después de haberse realizado el tratamiento.

El tratamiento de heridas con PRFC permite también reducir el número de curas requeridas, proporcionando un considerable ahorro en recursos materiales, económicos y humanos.

Durante el último año y medio hemos aplicado la terapia de cura con PRFC a varios pacientes en nuestra consulta enfermera de heridas complejas obteniendo excelentes resultados.

Objetivos

Mostrar los resultados de las curas realizadas con PRFC en pacientes con herida compleja.

Acelerar el proceso de cicatrización de las heridas complejas tratadas con PRFC.

Mostrar la reducción del número de curas requeridas empleando el tratamiento con PRFC.

Evidenciar el ahorro económico y de tiempo que supone curar con PRFC.

Reducir el dolor padecido por los pacientes tratados PRFC.

Metodología

Se protocoliza el tratamiento con PRFC para poder ser utilizado por enfermería.

Se selecciona a los pacientes con herida compleja de diversa etiología candidatos al tratamiento con PRFC.

Se les informa del proceso a seguir solicitando su consentimiento informado. Se cita a los pacientes y se procede a la técnica de cura con PRFC.

Se realiza la técnica de forma ambulatoria en la consulta enfermera de herida compleja.

Se hace el seguimiento de los pacientes pasando de varias curas a una sola cura semanal en la misma consulta enfermera de herida compleja.

Resultados y conclusiones

RESULTADOS

Pasados pocos días desde el tratamiento con PRFC se observa una excelente evolución de las heridas.

Se consigue la completa curación del 87% de los pacientes tratados con PRFC.

Se constata una reducción en el tiempo de cicatrización previsto para heridas complejas con un rango de resolución de entre 61 y 197 días, proporcionando una media de 147 días requeridos para ello.

Se reduce el número de curas requeridas reduciendo así también el gasto en apósitos y horas de enfermería.

Se consigue una notable disminución del dolor en los pacientes.

CONCLUSIONES

Las curas con PRFC han sido beneficiosas tanto para los pacientes como para las enfermeras que les han tratado.

El tiempo de cicatrización de las heridas ha sido menor del esperado respecto a las curas convencionales.

Se ha reducido el número de curas requeridas permitiendo un ahorro en recursos materiales y humanos

La calidad de vida de los pacientes con herida compleja tratados con PRFC ha mejorado reduciendo el dolor padecido notablemente.

El tratamiento protocolizado de las heridas complejas con PRFC ha permitido a las enfermeras ampliar su rol autónomo incorporando una técnica quirúrgica.

La cura con PRFC ha mostrado ser una buena alternativa para el tratamiento de las heridas complejas.

Enfoque multidisciplinar en pie diabético mediante la creación de unidades especializadas.

Diez Diez, Claudia⁽¹⁾; Segurado Ugidos, Maria Asunción⁽¹⁾; Gago Rodriguez, Maria ⁽²⁾; Fernandez Alzola, María José ⁽²⁾; Rodríguez Castro, Valeria⁽²⁾; Corral Morente, David ⁽²⁾;

⁽¹⁾ Cirugía Vascular- Hospital Universitario de León
León

⁽²⁾ Cirugía Vascular- Hospital Universitario de

Introducción

La enfermedad del pie diabético es una grave complicación de la diabetes mellitus (DM), que afecta al 4% de los pacientes diabéticos en todo el mundo. En ellos el riesgo de padecer una úlcera en el pie está entorno al 20-35%.

La enfermedad del pie diabético es una de las principales causas de amputación, estas lesiones comprometen la calidad de vida del paciente, además de un alto gasto sanitario.

Objetivos

Detallar los beneficios, para el usuario y para el sistema sanitario que aporta la presencia de unidades especializadas en el abordaje del pie diabético y úlceras vasculares.

Exponer la significación del abordaje multidisciplinar y continuidad de cuidados para la resolución de lesiones en pie diabético.

Mostrar la necesidad en todos los niveles asistenciales de una unidad especializada.

Metodología

Búsqueda bibliográfica en bases de datos de Scielo, Cuiden, Cochrane, PubMed y guías de práctica clínica del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP).

A su vez se revisan protocolos y guías clínicas de la European Society for Vascular Surgery (ESVS) y se consulta el Documento de consenso sobre acciones de mejora en la prevención y manejo del pie diabético en España.

La enfermera gestora de la Unidad y la enfermera responsable contribuyen aportando su experiencia profesional.

Resultados:

Las unidades especializadas con equipos multidisciplinares actúan como conexión entre distintos servicios y profesionales para llevar a cabo una atención integral del paciente. Monitorizar la lesión y el paciente de forma continuada en unidades especializadas ayuda a la detección precoz de signos de alarma y mejorar la calidad de vida del paciente.

La interrelación con otros profesionales referentes en sus servicios mantienen actualizados a los profesionales implicados así como la mejora constante de su faceta docente e investigadora.

Conclusiones:

Abordar de forma multidisciplinar las lesiones en pie diabético es clave en su buena evolución, deben ser lideradas y manejadas por personal experto que trate las lesiones de forma integral.

En las áreas sanitarias donde existen unidades multidisciplinares se observa una mejora en la efectividad del tratamiento y en la calidad de vida del paciente, reduce el gasto sanitario, disminuyendo la estancia media hospitalaria.

El paciente se beneficia de una valoración integral y un enfoque holístico.

La comunicación y colaboración entre diversos especialistas aporta numerosos beneficios al tratamiento, mientras que a su vez mantiene a los trabajadores en constante actualización de conocimientos en base a las últimas evidencias científicas.

Bibliografía

1. Lázaro Martínez JL, Almaraz MC, Álvarez Hermida A, Blanes Monpó I, Escudero Rodríguez JR, García Morales EA, et al. Consensus document on actions to prevent and to improve the management of diabetic foot in Spain. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed)*. 2021 Aug-Sep;68(7):509-13. PMID:34863416.

2. Perdomo Perez E, Soldevilla Agreda J, Garcia Fernandez FP. Relación entre calidad de vida y proceso de cicatrización en heridas crónicas complicadas. *Gerokomos (internet)*. 2020;31(3):166-172. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1134-928X2020000300166&lng=es>.

3. Ministerio de sanidad. Abordaje del pie diabético. Estrategia de Diabetes del Sistema Nacional de Salud, 2022. Disponible en: https://www.semg.es/images/2022/Documentos/Abordaje_del_pie_diabetico.pdf.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO

SEGURADO UGIDOS, M^aASUNCION⁽¹⁾; DIEZ DIEZ, CLAUDIA⁽¹⁾; ACEBES SANZ, DAVID⁽¹⁾; TORAL ALONSO, VANESA⁽¹⁾; RODRIGUEZ ROBLES, LAURA⁽¹⁾; CASTELLANO UÑA, LAURA⁽¹⁾

⁽¹⁾ HOSPITAL DE LEON CIRUGIA VASCULAR

Introducción

INTRODUCCIÓN

El pie diabético es una complicación grave de la diabetes que puede causar úlceras, infecciones e incluso amputaciones menores o mayores en las extremidades inferiores.

En España, el 14% de la población sufre de diabetes, y entre el 15-20% de estos pacientes desarrollarán úlceras. El 25% experimentará una infección y el 20% se enfrentará a amputaciones, muchas de las cuales podrían evitarse con autocuidados adecuados y detección temprana de complicaciones.

Ante un paciente diabético sin lesiones en los pies, hay cinco acciones fundamentales para evitar úlceras según lo establecido por el Grupo de Trabajo Internacional sobre el Pie Diabético (IWGDF): Identificar a las personas en riesgo; revisar y examinar regularmente los pies; educar a pacientes, familias y profesionales de la salud; promover el uso de calzado adecuado; abordar los factores de riesgo para evitar úlceras.

El seguimiento anual de personas con diabetes y bajo riesgo de úlceras en los pies es esencial para detectar problemas. Se examinarán úlceras, sensibilidad y circulación. Si hay problemas, se necesitarán más pruebas. Antes de cualquier cirugía en los pies, es crucial evaluar sensibilidad y circulación para evitar riesgos.

Cuando se identifica a una persona en riesgo durante el examen anual de los pies, se realizará una evaluación más completa que incluye antecedentes detallados, evaluación del estado vascular, piel, huesos y articulaciones, así como factores como trastornos cognitivos, calidad del calzado y cuidado personal de los pies. A continuación, se estratificará el riesgo y se aplicarán estrategias de prevención de úlceras de por vida.

Objetivos

- Informar al paciente y a su cuidador de los factores de riesgo de esta enfermedad.
- Educar sobre el autocuidado del pie diabético.
- Identificar las complicaciones e informar sobre cuándo tienen que acudir ante un profesional sanitario.

METODOLOGÍA

Revisión de Guías del IWGDF para la prevención y el manejo de la enfermedad de pie diabético.

Pie Diabético: documento de apoyo de la Junta de Andalucía.

Resultados y conclusiones

RESULTADO:

La enfermería juega un papel relevante en la educación del autocuidado y en la detección precoz de esta enfermedad, lo que implica una mejoría en la calidad de vida de estos pacientes.

Cuando se establecen equipos interdisciplinarios para cuidar los pies y se aplican medidas preventivas según las guías se reduce el riesgo de amputaciones en personas con diabetes.

CONCLUSIONES:

La educación estructurada y repetida es clave para prevenir úlceras. Se enfoca en mejorar el conocimiento y habilidades de cuidado personal, instando a lavar y examinar los pies diariamente, usar emolientes y calzado adecuado en todo momento; éste debe ajustarse adecuadamente y proporcionar espacio adicional. La educación se ofrecerá individualmente, adaptada culturalmente y con evaluaciones regulares de comprensión y adherencia. Es esencial capacitar a los profesionales de la salud en estas habilidades.

Es responsabilidad de enfermería educar a los pacientes con diabetes, como deben realizar el cuidado adecuado de sus pies. Por ello enfermería debe adiestrar las habilidades e instruirles en los pasos adecuados a seguir para conseguir una buena prevención

BIBLIOGRAFÍA

1. Desarrollo Y. Guías del IWGDF para la prevención y el manejo de la enfermedad de pie diabético [Internet]. iwgdfguidelines.org. [citado el 5 de mayo de 2024].
2. Pie diabético: documento de apoyo [Internet]. Juntadeandalucia.es. [citado el 5 de mayo de 2024].

Optimización del Lecho en Heridas Crónicas Complejas con Matriz Extracelular: Experiencia en Atención Primaria

de la Cruz Tome, Daniel⁽¹⁾; Caballero Jimenez, Maria Alejandra ⁽¹⁾; Pinero Jimenez, Beatriz ⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Centro Salud El Escorial

Introducción

La preparación del lecho de la herida constituye un paradigma integral en el cuidado del paciente, abordando tanto las causas subyacentes como las necesidades individuales previas a la atención específica de aspectos locales como el desbridamiento, control de infección/inflamación, humedad y el manejo de bordes. En este estudio, se evalúa una alternativa para la optimización del lecho de heridas crónicas, dirigida a mitigar los niveles elevados de metaloproteasas, comúnmente presentes en estas lesiones, mediante el uso de apósitos con matriz extracelular de colágeno ovino.

Objetivos

Fomentar la cicatrización de heridas crónicas en las extremidades inferiores, cuya evolución prolongada plantea desafíos clínicos significativos.

Evaluar la eficacia de la matriz extracelular derivada del pre-estómago ovino, como recurso estéril y de un solo uso, en la optimización del lecho de heridas crónicas complejas en el contexto de la Atención Primaria.

Metodología

Varón, 57 años, con antecedentes de alergia a penicilinas y cefalosporinas, así como historial de traumatismo por accidente de tráfico en la infancia, (con fracturas múltiples en ambos miembros inferiores), amputación previa de tercio proximal de miembro inferior izquierdo en 2013, (debido a carcinoma espinocelular), enfermedad pulmonar obstructiva crónica y hábito tabáquico en la actualidad. Colectomizado en 2012

Se evaluó una lesión en pierna derecha, cronicidad de 20 años, caracterizada por su compleja evolución, con recurrencias tras intentos previos de cierre. Se aplicaron diversas intervenciones terapéuticas tras una evaluación integral, optando finalmente ante la persistencia del estancamiento en fase inflamatoria, por el uso de matriz extracelular ovina para reducir la actividad metaloproteásica y favorecer la cicatrización.

Resultados y conclusiones

Tras la aplicación de la matriz extracelular derivada del pre-estómago ovino, se evidenció a las 8 semanas de tratamiento, una mejoría notable en el proceso de cicatrización de la lesión, manifestada por la reducción del área de superficie de la herida, y un incremento significativo en la formación de tejido de granulación.

Las heridas crónicas se caracterizan por una alteración en la cascada de cicatrización, influenciada por cambios locales en pH, temperatura y compuestos químicos circundantes. Aunque las heridas crónicas comparten similitudes moleculares con las agudas, difieren en la expresión de factores de crecimiento, mediadores inflamatorios, proteasas y proteínas. El empleo de matriz extracelular de origen ovino se revela como una estrategia prometedora para mitigar la actividad metaloproteásica, facilitando así la cicatrización de heridas crónicas mediante la promoción de la regeneración tisular.

Además, la biocompatibilidad y capacidad de integración de esta matriz con el tejido circundante minimizan el riesgo de reacciones adversas. En conclusión, la matriz extracelular de origen ovino, representa una herramienta efectiva para mejorar la calidad de vida de los pacientes con heridas crónicas. Se subraya la importancia de acceder a esta tecnología en el ámbito de la Atención Primaria, así como la necesidad de formación para garantizar una atención óptima a los pacientes.

Bibliografía

1. G. A. Bohn, G. S. Schultz, B. A. Liden, M. N. Desvigne, E. J. Lullove, I. Zilberman, M. B. Regan, M. Ostler, K. Edwards, G. M. Arvanitis and J. F. Hartman: Proactive and Early Aggressive Wound Management: A Shift in Strategy Developed by a Consensus Panel Examining the Current Science, Prevention, and Management of Acute and Chronic Wounds. *Wounds*, 29(11), S37-S42 (2017).
2. S. Lun, S. M. Irvine, K. D. Johnson, N. J. Fisher, E. W. Floden, L. Negron, S. G. Dempsey, R. J. McLaughlin, M. Vasudevamurthy, B. R. Ward and B. C. May: A functional extracellular matrix biomaterial derived from ovine forestomach. *Biomaterials*, 31(16), 4517-29 (2010) doi:10.1016/j.biomaterials.2010.02.025.
3. Smith MJ, Dempsey SG, Veale RW, et al. Further structural characterization of ovine forestomach matrix and multi-layered extracellular matrix composites for soft tissue repair. *Journal of Biomaterials Applications*. 2022;36(6):996-1010. doi:10.1177/08853282211045770.

Optimización del Lecho en Heridas Crónicas Complejas con Matriz Extracelular: Experiencia en Atención Primaria

de la Cruz Tome, Daniel⁽¹⁾; Pinero Jimenez, Beatriz⁽¹⁾; Caballero Jimenez, Maria Alejandra ⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Centro Salud El Escorial

Introducción

La preparación del lecho de la herida constituye un paradigma integral en el cuidado del paciente, abordando tanto las causas subyacentes como las necesidades individuales previas a la atención específica de aspectos locales como el desbridamiento, control de infección/inflamación, humedad y el manejo de bordes.

En este estudio, se evalúa una alternativa para la optimización del lecho de heridas crónicas, dirigida a mitigar los niveles elevados de metaloproteasas, comúnmente presentes en estas lesiones, mediante el uso de apósitos con matriz extracelular de colágeno ovino.

Objetivos

Fomentar la cicatrización de heridas crónicas en las extremidades inferiores, cuya evolución prolongada plantea desafíos clínicos significativos.

Evaluar la eficacia de la matriz extracelular derivada del pre-estómago ovino, como recurso estéril y de un solo uso, en la optimización del lecho de heridas crónicas complejas en el contexto de la Atención Primaria.

Metodología

Varón, 57 años, con antecedentes de alergia a penicilinas y cefalosporinas, así como historial de traumatismo por accidente de tráfico en la infancia, (con fracturas múltiples en ambos miembros inferiores), amputación previa de tercio proximal de miembro inferior izquierdo en 2013, (debido a carcinoma espinocelular), enfermedad pulmonar obstructiva crónica y hábito tabáquico en la actualidad. Colectomizado en 2012

Se evaluó una lesión en pierna derecha, cronicidad de 20 años, caracterizada por su compleja evolución, con recurrencias tras intentos previos de cierre. Se aplicaron diversas intervenciones terapéuticas tras una evaluación integral, optando finalmente ante la persistencia del estancamiento en fase inflamatoria, por el uso de matriz extracelular ovina para reducir la actividad metaloproteásica y favorecer la cicatrización.

Resultados y conclusiones

Tras la aplicación de la matriz extracelular derivada del pre-estómago ovino, se evidenció a las 8 semanas de tratamiento, una mejoría notable en el proceso de cicatrización de la lesión, manifestada por la reducción del área de superficie de la herida, y un incremento significativo en la formación de tejido de granulación.

Las heridas crónicas se caracterizan por una alteración en la cascada de cicatrización, influenciada por cambios locales en pH, temperatura y compuestos químicos circundantes. Aunque las heridas crónicas comparten similitudes moleculares con las agudas, difieren en la expresión de factores de crecimiento, mediadores inflamatorios, proteasas y proteínas. El empleo de matriz extracelular de origen ovino se revela como una estrategia prometedora para mitigar la actividad metaloproteásica, facilitando así la cicatrización de heridas crónicas mediante la promoción de la regeneración tisular.

Además, la biocompatibilidad y capacidad de integración de esta matriz con el tejido circundante minimizan el riesgo de reacciones adversas. En conclusión, la matriz extracelular de origen ovino, representa una herramienta efectiva para mejorar la calidad de vida de los pacientes con heridas crónicas. Se subraya la importancia de acceder a esta tecnología en el ámbito de la Atención Primaria, así como la necesidad de formación para garantizar una atención óptima a los pacientes.

Bibliografía

1. G. A. Bohn, G. S. Schultz, B. A. Liden, M. N. Desvigne, E. J. Lullove, I. Zilberman, M. B. Regan, M. Ostler, K. Edwards, G. M. Arvanitis and J. F. Hartman: Proactive and Early Aggressive Wound Management: A Shift in Strategy Developed by a Consensus Panel Examining the Current Science, Prevention, and Management of Acute and Chronic Wounds. *Wounds*, 29(11), S37-S42 (2017).
2. S. Lun, S. M. Irvine, K. D. Johnson, N. J. Fisher, E. W. Floden, L. Negron, S. G. Dempsey, R. J. McLaughlin, M. Vasudevamurthy, B. R. Ward and B. C. May: A functional extracellular matrix biomaterial derived from ovine forestomach. *Biomaterials*, 31(16), 4517- 29 (2010) doi:10.1016/j.biomaterials.2010.02.025.
3. Smith MJ, Dempsey SG, Veale RW, et al. Further structural characterization of ovine forestomach matrix and multi-layered extracellular matrix composites for soft tissue repair. *Journal of Biomaterials Applications*. 2022;36(6):996-1010. doi:10.1177/08853282211045770

DECALOGO PARA ENFERMERA LEGO VASCULAR

ESPARZA IMAS, GONZALO⁽¹⁾; GONZALEZ GOMEZ, MARIA TERESA⁽¹⁾; FLOREZ BELZUZ, MONICA⁽¹⁾;

⁽¹⁾ HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

Introducción

Llegadas las fechas en las que nos encontramos, se apremia la contratación de personal ENFERMERA para la cobertura de verano .. (bueno, verano por las fechas del año que son...porque me pregunto si no estoy en verano todo el año y la búsqueda de personal enfermería es constante).. El objetivo primordial, además de la cobertura, es crear un grupo de profesionales que quieran trabajar en un servicio de cirugía vascular, en hospital terciario de primer nivel, referente en angiología y cirugía endovascular para una población potencial de aproximadamente un millón de habitantes.

Los servicios de C. Vascular no son precisamente fáciles ni "tranquilos" siendo un hándicap en la elección inicial laboral, siendo uno de los servicios medico quirúrgicos mas completos, intensos y satisfactorios para el desarrollo asistencial hospitalario de una enfermera.

Pero...¿Qué necesita una enfermera para trabajar en los ámbitos de cirugía Vascular???

Objetivos

Describir las aptitudes y actitudes enfermera para una planta medico quirúrgica de cirugía vascular

Metodología

Estudio descriptivo

Resultados y conclusiones

En la búsqueda de criterios para la definición de enfermería en cirugía vascular aparecen estos resultados según las palabras clave:

- 373.000 resultados en enfermera cirugía vascular
- 131000 resultados en enfermera cirugía vascular Y competente 46100 resultados en enfermera cirugía vascular Y animada
- 8 enfermera resultados en cirugía vascular animada Y competente

La primera búsqueda curiosamente nos avanza una enfermera; M. T. T., enfermera de angiología y cirugía vascular en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona, donde lleva más de 14 años trabajando.

Demos por buena la búsqueda y a M.T.T. como la enfermera de cirugía vascular mas "encontrada" de la red.

Son pocos los estudios que concluyen y definen la labor de una enfermera en cirugía vascular, al ser amplios los espacios donde desarrolla su labor:

- Despacho consultas externas: o Consulta Enfermería
o Consulta Compartida FEA
- Laboratorio vascular.
- Planta hospitalaria medico quirúrgica
- Quirófano Vascular: Cirugía abierta, endovascular, hibrida.

Pero...que necesita una enfermera para trabajar en los ámbitos de cirugía Vascular???

Al no obtener demasiados resultados hemos concluido en un decálogo de actitudes y aptitudes para las futuras enfermeras de cirugía vascular.

El decálogo creado "ad hoc" es tanto para un primer y único contacto con la especialidad o si por el contrario surge el "flechazo" "y el flujo arterial se incrementa. " para recordarlo teniéndolo presente.

DECALOGO PARA LA ENFERMERA QUE TRABAJE EN VASCULAR

- **Primero** : Pasión enfermera.

No basta con el titulo. Si solo eres titulación, dudarás mucho y durarás poco.

- **Segundo**: Pasión por aprender.

Lo que conlleva una necesidad acuciante y continua de estudiar y adquirir conocimiento.

La Osmosis cerebral en conocimiento y aprendizaje aun no se ha patentado.

- **Tercero:** paciencia.

El flujo colateral no se crea en un día . Los puntos uno y dos son lentos, pero gratificantes.

- **Cuarto:** Humildad.

Bendito compañero que sabe mas que tu y del que puedes y debes aprender.(Los vasculares, también enseñan si se les pregunta....)

- **Quinto:** Empatía.

La analgesia, a veces precisa de: acceso venoso, bomba de infusión y 5 minutos a los pies de la cama hablando con el que está en ella(esto ultimo, fundamental). que ha llamado 3 veces diciendo que tiene dolor.

- **Sexto:** Humanidad.

Porque cuidamos a personas.

- **Séptimo:** compañerismo

Trabajo interpersonal que comparten un mismo objetivo: cuidar.

- **Octavo:** Disponibilidad

Para no caer en la complacencia de , lo mío ya está hecho.

- **Noveno:** auto critica.

Sin ella, la autocomplacencia creará una niebla densa. La claridad en el paso a paso , día a día, logro a logro, será difícil de obtener y fácil de olvidar.

- **Decimo:** Ilusión

Para empezar desde el punto Uno: todos los días.

Enfermera Vascular de Práctica Avanzada-EVPA

González Gómez , Maite /MGG⁽¹⁾; Esparza Imas, Gonzalo/GEI⁽¹⁾;

(1) HUN

Introducción

La enfermera hospitalaria en servicios médicos y quirúrgicos, especializados, precisa de un conocimiento avanzado dentro de una especialidad amplia como es la enfermera especialista médico quirúrgica.

El servicio de cirugía vascular por su variabilidad en factores de riesgo, afectación etaria y complejidad en el abordaje plantea una pregunta directa:

¿Las enfermeras de vascular somos enfermeras de práctica avanzada (EVPA), especialistas o somos enfermeras generalistas con horas de práctica asistencial a máxima intensidad y dificultad?.

Objetivos

Definir la figura de la EVPA (enfermera vascular de práctica avanzada) dentro y fuera del ámbito hospitalario para la interrelación directa de los servicios sanitarios donde esta figura presta atención.

Metodología

Estudio descriptivo

Resultados y conclusiones

Debemos discernir entre enfermera generalista, enfermera especialista, enfermera de práctica avanzada y enfermera gestora de casos.

Abogar por las especialidades es lo que nos llevaría a un proceso de atención de cuidados basados en la excelencia, excelencia que debe estar basada en la adquisición de formación adecuada, reglada, consensuada y equiparada en cualquier provincia de España.

Existe una gran variabilidad en cuanto a las denominaciones usadas para referirse a cualquier figura que vaya surgiendo más allá de la enfermera generalista tradicional, ya que no todas ellas son enfermeras de “práctica avanzada”.

A la espera de que sea la especialidad de Médico Quirúrgica reconocida, se nos plantea la necesidad en el área de angiología y cirugía vascular, la implementación de una figura que se encuentra a caballo entre la especialización reglada y la figura avanzada, siendo importante para el paciente en su atención directa actual, como la interrelacional que se produce con los diferentes espacios asistenciales en los sistemas de salud españoles, sea cual sea su ubicación territorial: la EVPA (enfermera vascular en práctica avanzada).

CONCLUSIONES:

La EVPA reunirá requisitos imprescindibles para la asistencia global de un paciente concreto y complejo “per se”, paciente vascular, que aunarà conocimientos extensos en:

fisiopatología sistémica relacionada.

reconocimiento, seguimiento, y tratamiento de factores de riesgo mayor (Tabaquismo, HTA, Diabetes, Dislipemia..etc).

cirugía convencional y endovascular.

destreza y conocimiento amplio y avanzado del tratamiento de heridas agudas y crónicas en extremidad inferior (lesiones isquémicas, venosas y Pie diabético).

Un espacio por definir en actividades, competencias, espacios asistenciales y reconocimiento institucional para las enfermeras vasculares de práctica avanzada.

Bibliografía

Sastre-Fullana, Pedro, et al. “Consenso Sobre Competencias Para la Enfermería de Práctica Avanzada En España.” *Enfermería Clínica*, vol. 25, no. 5, Sept. 2015, pp. 267–275,.

Morán-Peña L. La Enfermería de Práctica Avanzada ¿qué es? y ¿qué podría ser en América Latina? *Enfermería Universitaria*. 2017;14(4):219-23.

San Martín-Rodríguez L, Soto-Ruiz N, Escalada-Hernández P. Formación de las enfermeras de práctica avanzada: perspectiva internacional. *Enfermería Clínica*. 2019;29(2):125-30.

OPTIMIZANDO EL TRATAMIENTO DE CALCIFILAXIS: ESTRATEGIAS CON TIOSULFATO DE SODIO Y TERAPIA DE PRESION NEGATIVA

CASAS MÉNDEZ, CARLOS⁽¹⁾; MARTÍN PARRILLA, MIGUEL ÁNGEL⁽²⁾; DOMÍNGUEZ PÍRIZ, VERÓNICA⁽³⁾; PRIETO GUTIÉRREZ, LORENA⁽³⁾; MORENO GALLEGU, CARMEN⁽³⁾;

(1) ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO, UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA. (2)

CENTRO UNIVERSITARIO DE PLASENCIA, UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA. (3) HOSPITAL

UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (HUB).

Introducción

La calcifilaxis, también denominada arteriopatía urémica calcificante, es un síndrome clínico caracterizado por la ulceración necrótica de la piel debida a la calcificación media más fibrosis de la íntima arteriolar y posterior isquemia cutánea por trombosis. Afecta principalmente a los pacientes en hemodiálisis con una tasa de incidencia de 0,04% en Europa, aunque también puede afectar a pacientes con función renal normal (1).

La tasa de mortalidad es alta, entre el 45-80%. La ulceración ocasionada junto a las comorbilidades habituales predispone a estos pacientes a la sepsis, siendo la causa más frecuente de fallecimiento debido a la infección de las lesiones.

Considerando la sepsis como la principal causa de mortalidad, existen controversias sobre los beneficios del desbridamiento en las lesiones por calcifilaxis, dada la posibilidad de causar más daño tisular (2,3).

Objetivos

Describir la eficacia de la terapia de presión negativa (TPN) y el tiosulfato de sodio (TSS) frente al desbridamiento cortante en un paciente con diagnóstico de calcifilaxis.

Metodología

Estudio observacional descriptivo. Se aborda el caso de un paciente con obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, hipoparatiroidismo, insuficiencia renal crónica secundaria a nefroangioesclerosis no sometido a tratamiento dialítico, y calcifilaxis evidenciado a través de biopsia. Presenta úlcera de 30 mm en la cara posterior de la pierna derecha con necrosis, bordes violáceos, dolorosas y signos inflamatorios perilesionales. Se inicia tratamiento con TSS, un agente antioxidante y vasodilatador que inhibe la calcificación del adipocito al deshacer y quelar el depósito de calcio (3). Se administra a razón de 25 gr intravenosos tres días a la semana. A su vez, la TPN se aplica a una presión constante de - 80 mmHg sobre la superficie de la herida cada 72 h hasta que el paciente recibe el alta de la unidad de angiología y cirugía vascular del Hospital Universitario de Badajoz. Para evaluar el dolor en cada intervención se utilizó la escala verbal numérica. El paciente debe asignar un valor numérico entre dos puntos extremos entre 1 (ausencia de dolor) y 10 (máximo dolor).

Resultados y conclusiones

No se observó mejoría en la lesión con el desbridamiento llevado a cabo inicialmente. La realización del desbridamiento supuso la recidiva de la necrosis y la sobreinfección. Con el TSS intravenoso y la TPN se desprendieron los restos de placa necrótica situados en el borde inferior de la lesión presentes tras la última recidiva. Además, desapareció la celulitis circundante, apareció tejido de granulación en el lecho y la profundidad así como el diámetro disminuyeron.

Igualmente, el dolor, puntuado inicialmente por el paciente con un valor de 9 (dolor intenso), disminuyó a un valor de 6 (dolor moderado). Finalmente, se realiza una planificación al alta con el aviso previo al servicio de atención primaria a fin de garantizar la continuidad del cuidado.

CONCLUSIÓN

El desbridamiento cortante supuso un factor desencadenante de infección al tratarse de un traumatismo local añadido. En cambio, la TPN en conjunto con el TSS intravenoso conllevó a una mejoría en el proceso de curación de la lesión

además de un método para paliar el dolor asociado a la enfermedad.

Bibliografía

1. Cardona-Blasco MP, Cahuancama-Solano EL, Elías-Sanz E. Calciphylaxis in a hemodialysis patient: a serious complication with high mortality. *Enferm Nefrol.* 2023;26(2):178–84.
2. Nigwekar SU, Kroshinsky D, Nazarian RM, Gorman J, Malhotra R, Jackson VA, et al. *HHS Public Access.* 2015;66(1):133–46.
3. Prabhakar S, Tuffaha AM. Non uremic calciphylaxis post liver transplantation: A case report and literature review of an unusual presentation of a rare disease. *Am J Case Rep.* 2018; 19:118–22.

FORMACIÓN EN TERAPIA COMPRESIVA: PERCEPCIONES Y NECESIDADES EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

CASAS MÉNDEZ, CARLOS⁽¹⁾; MARTÍN PARRILLA, MIGUEL ÁNGEL⁽²⁾; DURÁN GÓMEZ, NOELIA⁽³⁾; CÁCERES LEÓN, MACARENA CELINA⁽³⁾; LÓPEZ JURADO, CASIMIRO FERMÍN⁽³⁾; DOMÍNGUEZ PÍRIZ, VERÓNICA⁽⁴⁾;

(1) ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO, UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA. (2)

CENTRO UNIVERSITARIO DE PLASENCIA, UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA. DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD, (3) FACULTAD
UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA (4) HOSPITAL

UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (HUB).

Introducción

La terapia compresiva (TC) consiste en la aplicación decreciente de presión en la extremidad que recae directamente sobre los tejidos. Al ejercer compresión, se aplica una presión en el líquido intersticial, es decir, éste, hace presión contra las venas y eso aumenta la presión hidrostática intersticial, aumentando así la reabsorción con la consiguiente reducción del edema. La reducción del edema reduce la fase inflamatoria al retirar los radicales libres, las toxinas y el agua del espacio intersticial. Con esta optimización del sistema venoso, paralelamente se mejora el flujo sanguíneo

arterial. En consecuencia, se acelera el proceso de cicatrización de las heridas (1,2).

Esta técnica no implica exclusivamente aplicar un vendaje, sino elegir el sistema idóneo y aplicarlo en función de las necesidades del paciente, su finalidad terapéutica y la fase del tratamiento (3).

Durante años, la TC ha sido objeto de investigación y desarrollo constante. La capacitación continua en profesionales

de la salud en este ámbito ha demostrado ser efectiva para mejorar la seguridad del paciente y minimizar las consecuencias (4).

Objetivos

Describir los niveles de conocimientos y el grado de interés para la formación de cirujanos y enfermeros de la unidad de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Universitario de Badajoz en relación a la terapia compresiva.

Metodología

Se realizó un estudio transversal en una muestra de profesionales de enfermería y cirugía de la unidad de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Universitario de Badajoz. Se empleó un cuestionario sociodemográfico para recabar datos relacionados con la edad, sexo, tiempo trabajado en la unidad y grado de interés en formación, y un cuestionario ad hoc de 10 preguntas como instrumento de recopilación de datos. Este último divide los

conocimientos en dos dimensiones: principios teóricos y principios prácticos; cada una con una puntuación máxima de 5 puntos.

Resultados y conclusiones

La muestra estaba constituida por un total de 19 participantes, de los cuales 5 (23,31%) eran hombres y 14 (73,69%) mujeres. La media de edad fue de $42,52 \pm 11,31$ años, y el tiempo trabajado en la unidad era de $4,21 \pm 3,56$ años.

Tras analizar la información recopilada a través del cuestionario, se observaron niveles medios de $2,26 \pm 1,44$ en la dimensión de principios teóricos de la TC y de $1,73 \pm 1,09$ en la dimensión de principios prácticos. Por otro lado, los datos relacionados con el grado de interés en recibir formación sobre terapia TC y otras terapias mostraron un nivel alto o muy alto de interés entre los encuestados, siendo solo 1 participante (5,23%) quien manifestó un interés medio en formarse.

CONCLUSIÓN

Los resultados sugieren que, aunque los conocimientos sobre TC entre cirujanos y enfermeros de la unidad de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Universitario de Badajoz son moderados, existe un alto interés en recibir formación en este campo. Este hallazgo resalta la necesidad de implementar programas de capacitación específicos para mejorar la atención en TC y áreas relacionadas.

Bibliografía

1. Partsch H, Mortimer P. Compression for leg wounds. British Journal Of Dermatology. 12 de junio de 2015;173(2):359-69.
2. Partsch H, Clark MG, Mosti G, Steinlechner E, Schuren J, Abel M, et al. Classification of Compression Bandages: Practical Aspects. Dermatologic Surgery. 1 de mayo de 2008;34(5):600-9.
3. Rabe E, Partsch H, Hafner J, Lattimer C, Mosti G, Neumann M, et al. Indications for medical compression stockings in venous and lymphatic disorders: An evidence-based consensus statement. Phlebology. 22 de febrero de 2017;33(3):163-84.
4. Raña-Lama CD, Bouza-Prego MÁ, Saleta-Canosa JL, Rumbo-Prieto JM, Arantón-Areosa L. Obstáculos y apoyos percibidos en la aplicación de terapia compresiva en úlceras venosas de la pierna.

NEUROARTROPATÍA DE CHARCOT, CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD SILENTE

Hernández Gil, Ana⁽¹⁾; Gómez Alonso, Beatriz⁽¹⁾; Ocaña Tejedor, Ana Micaela⁽¹⁾; Santomé Rodríguez, Seila⁽¹⁾; Rodríguez Naranjo, María Cristina⁽¹⁾; Padilla Araque, Isabel⁽²⁾;

(1) Hospital Universitario La Paz (2) Hospital universitario La Paz

Introducción

La neuro-osteoartropatía de Charcot (NC) es conocida como un proceso inflamatorio en personas con polineuropatía periférica que da lugar a lesiones en tejidos blandos, articulaciones y huesos. Es una enfermedad poco frecuente, de carácter progresivo, crónica y degenerativa.^{1,2} La NC es una de las complicaciones de la Diabetes Mellitus (DM) sumada a la neuropatía diabética que afecta al pie y tobillo de dichos pacientes. La clínica de esta patología se manifiesta con aparición de eritema, calor, inflamación o subluxación y deformidad. La deformidad predispone a la ulceración y la infección, aumentando el riesgo de amputación.^{1,2} La incidencia y la prevalencia de la enfermedad en pacientes con DM se desconoce, debido a que la ausencia de dolor retrasa el diagnóstico precoz.¹

Objetivos

- Visibilizar la importancia de la adherencia del paciente diabético al tratamiento, que influye directamente en la calidad de vida y complicaciones.
- Conocer la NC como complicación derivada de la DM.

Metodología

Varón de 51 años con antecedentes personales de DMII y mal control de la enfermedad. Acude a su centro de salud de referencia por traumatismo en zona plantar de pie izquierdo, con aparición de fiebre, tumefacción e inflamación, donde realizan curas locales y pautan tratamiento antibiótico.

Tras mala evolución de la lesión, acude al servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz para valoración, donde se objetiva úlcera extensa en cara plantar de pie izquierdo con exudado purulento a la compresión y se diagnóstica de Enfermedad de Charcot-Marie-Tooth, ingresando en la planta de hospitalización de Cirugía Vascular.

Durante el ingreso y tras la valoración multidisciplinar, se llevan a cabo diferentes pruebas, entre ellas, analítica de sangre, donde se objetivó un valor de HbA1c de 12%. Las curas por parte del personal de enfermería, fueron realizadas según pauta médica, mediante lavado de H2O2 + SSF + Betadine líquido en bordes + Alginato plata para control de exudado e infección + vendaje de protección. Así mismo, el paciente estuvo en tratamiento antibiótico intravenoso con Piperacilina/Tazobactam 4g/0.5 cada 8 horas durante dos semanas.

Además, se realizan pruebas de imagen que permiten valorar la gravedad de la lesión, siendo el objetivo principal la mejora de calidad de vida del paciente.

Resultados y conclusiones

Resultados

Durante el ingreso se ha hecho un seguimiento diario de la úlcera plantar por parte del personal de enfermería, realizando curas diarias, donde se percibe mejoría de la lesión, aunque coexiste un leve exudado. Además, se ha realizado un control estricto de cifras de glucemia, para evitar agravar complicaciones derivadas de la enfermedad.

Los resultados de las pruebas diagnósticas indican que no hay presencia de osteomielitis y se decide limpieza quirúrgica y posterior colocación de sistema de terapia de presión negativa en heridas.

Conclusiones

El caso clínico mostrado en este trabajo, refleja una de las numerosas complicaciones derivadas de un mal control glucémico, en pacientes con DMII. A pesar de que la NC es poco frecuente, los pacientes que la padecen ven disminuida notablemente su calidad de vida, por lo que el diagnóstico precoz de la misma y el manejo de la DMII es de gran importancia.

Bibliografía

1. Wukich, Dane K., et al. WD. Directrices sobre el diagnóstico y tratamiento de la neuroosteoartropatía de Charcot activa en personas con diabetes mellitus (IWGDF 2023) [Internet]. iwgdfguidelines.org. 2003 [citado el 4 de 2024]. Disponible en: <https://iwgdfguidelines.org/guidelines-2023/>
2. Muñoz-De-La-Calle JF, Viadé-Julià J. Artropatía de Charcot en el paciente diabético. Revisión de Conceptos Actuales. Rev Colomb Ortop Traumatol [Internet].2020;34(1):5–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccot.2020.04.01>

TÉCNICA MÖLNDAL EN HERIDAS QUIRÚRGICAS POR CIRUGÍA DE AORTA ABDOMINAL

Carrasco Rodríguez, Patricia⁽¹⁾; Carrasco Pérez, Teresa⁽²⁾; Criado Salvador, Carlos⁽²⁾; Lorenzo Donés, Cristina⁽²⁾; Valdeolivas Cid, Lucía⁽²⁾;

(¹) Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid (²) Hospital Universitario Ramón y Cajal

Introducción

La Técnica Mölndal apareció en el año 2002 de la mano de la enfermera sueca Agnetha Folestad, que la aplicó por primera vez en los hospitales de Örebro y Mölndal (Suecia) a los pacientes intervenidos de cirugía ortopédica y traumatológica. Se trata de una cura en ambiente húmedo que consiste en la combinación de un apósito de hidrofibra de hidrocoloide y encima un film de poliuretano. Múltiples referencias bibliográficas, entre ellas varias guías clínicas, reportan la eficacia de esta técnica para la prevención de la Infección del Sitio Quirúrgico (ISQ) en cirugías limpias y, dado que es una excelente práctica clínica, no se desaconseja en cirugía limpia-contaminada y contaminada con una estrecha vigilancia clínica. La cirugía abierta de aorta abdominal se considera una cirugía limpia según las clasificaciones Altemeier y de la NRC (National Research Council).

Palabras clave: Cirugía, heridas quirúrgicas, hidrofibra, técnica Mölndal

Objetivos

El objetivo de este estudio trata de realizar una revisión de alcance sobre lo que exista en la bibliografía de los últimos 10 años relacionado con la aplicación de la técnica Mölndal en cirugías abiertas de aorta abdominal.

Metodología

Se realizará una revisión de alcance consultando las bases bibliográficas Embase, Pubmed, Cochrane, Cuiden, Scielo y WOS. Criterios de inclusión:

- Artículos que recojan las palabras claves en el título y/o resumen en los últimos diez años.
- Artículos en español y en inglés. Criterios de exclusión:
- Artículos publicados que no recojan las palabras claves en título y/o resumen.
- Artículos sobre cirugía en población pediátrica
- Artículos sobre cirugías que no sean limpias, según los criterios de Altemeier.

Resultados y conclusiones

Tras la búsqueda son encontrados 43 artículos en total. Tras descartar los duplicados y aplicar los criterios de exclusión quedan 15 que finalmente son los analizados en nuestro estudio.

Como conclusiones preliminares, podríamos adelantar que algunos estudios coinciden en la comodidad de la técnica Mölndal tanto para los pacientes como para el personal sanitario y en la eficacia para la prevención de complicaciones en la evolución de las heridas quirúrgicas.

PROYECTO REVIDAS: plan para extender la rehabilitación cardíaca a pacientes con patología vascular

Rodríguez Naranjo, María Cristina⁽¹⁾; Hernández Gil, Ana⁽¹⁾; Ocaña Tejedor, Ana Micaela⁽¹⁾; Santomé Rodríguez, Seila⁽¹⁾; Gómez Alonso, Beatriz ⁽¹⁾; Padilla Araque, Isabel⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Hospital Universitario La Paz

Introducción

La rehabilitación cardíaca (RC) es el conjunto de intervenciones dirigidas a mejorar la evolución de la enfermedad cardiovascular (ECV) influyendo sobre la condición física, psíquica y social del paciente.

El pilar básico de la RC es la educación para la salud. Mediante el programa se pretende que el paciente aprenda a llevar un estilo de vida cardiosaludable basado en 3 pilares básicos: abstención del tabaco, dieta saludable y ejercicio físico.

Objetivos

1. Conseguir un enlentecimiento de la progresión de la enfermedad.
2. Disminuir la incidencia de nuevos eventos cardiovasculares.
3. Disminuir la mortalidad
4. Mejorar la calidad de vida del paciente y de su entorno familiar.

Metodología

El estudio se realiza en las Unidades de RC del HULP. La primera visita surge en la unidad de hospitalización de origen, donde se selecciona al paciente para el proyecto (debe haber padecido un síndrome trombotico), y la segunda visita, se realiza en la consulta de cardiología, informándole del proyecto, iniciándose tras la firma del consentimiento.

Se organizan grupos de 5 pacientes, con un total de 10 sesiones. En ellas los pacientes reciben educación sanitaria sobre la enfermedad cardiovascular, medicación, dieta saludable y ejercicio. En las sesiones están presentes siempre una enfermera y un fisioterapeuta.

Se programa una visita en la consulta de cardiología tras completar todas las sesiones, a los seis meses, y al año, para la evaluación de los objetivos, control de factores de riesgo, cumplimiento de medidas de prevención secundaria, reincorporación laboral y revisión de fármacos con beneficio cardiovascular. Además, se programará seguimiento posterior.

Resultados y conclusiones

Se ha observado que uno de cada seis pacientes con enfermedad arterial periférica de edad > 50 años, que se sometieron a revascularización periférica, tuvo un evento vascular aterotrombótico mayor dentro del primer año (1).

Los programas de RC han demostrado una reducción de la morbimortalidad de los pacientes con patología cardiovascular: reducción de mortalidad, reinfarcto y reingresos hospitalarios. Ha mejorado el control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), la capacidad funcional y la calidad de vida (2,3). Se han mostrado eficaces para aumentar la adherencia a un estilo de vida cardiosaludable y al cumplimiento del tratamiento farmacológico. (4)

Los pacientes con arteriopatía periférica tienen un alto riesgo de sufrir eventos vasculares aterotrombóticos importantes, incluso después de la revascularización. El control de los factores de riesgo vascular sigue estando lejos de ser óptimo en esta población. Estos hallazgos indican la necesidad de desarrollar nuevas estrategias para prevenir eventos vasculares mayores en pacientes con enfermedad arterial periférica (5).

Bibliografía

1. Gynnild MN, Aakerøy R, Spigset O, Askim T, Beyer MK, Ihle-Hansen H, et al. Vascular risk factor control and adherence to secondary preventive medication after ischaemic stroke. J Intern Med. 2021;289:355-68
2. Lawler PR, Filion KB, Eisenberg MJ. Efficacy of exercise-based cardiac rehabilitation post-myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Am Heart J 2011;162(4):571–584 e572.
3. Heran BS, Chen JM, Ebrahim S, Moxham T, Oldridge N, Rees K, Thompson DR, Taylor RS. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev 2011;(7):CD001800.
4. Giannuzzi P, Temporelli PL, Marchioli R, Maggioni AP, Balestroni G, Ceci V, Chieffo C, Gattone M, Griffo R, Schweiger C, Tavazzi L, Urbinati S, Valagussa F, Vanuzzo D. Global secondary prevention strategies to limit event recurrence after myocardial infarction: results of the GOSPEL study, a multicenter, randomized controlled trial from the Italian Cardiac Rehabilitation Network. Arch Intern Med 2008;168:2194–220.
5. Song P, Rudan D, Zhu Y, Fowkes FJ, Rahimi K, Fowkes FG, et al. Global, regional, and national prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2015: an updated systematic review and analysis. Lancet Glob Health. 2019;7:e1020-30.

FIBRAS HIDROCOLOIDES COMO TECNOLOGÍA INNOVADORA PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE HERIDAS POSTQUIRÚRGICAS

Gómez Alonso, Beatriz⁽¹⁾; Rodríguez Naranjo, María Cristina⁽¹⁾; Hernández Gil, Ana⁽¹⁾; Ocaña Tejedor, Ana Micaela⁽¹⁾; Santomé Rodríguez, Seila ⁽¹⁾; Padilla Araque, Isabel⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Hospital Universitario La Paz

Introducción

Después de un traumatismo en la piel debido a un proceso quirúrgico, se forma una herida, y el proceso de curación de la misma se inicia de inmediato. Este proceso es complejo, pero sabemos desde la antigüedad, que el mantenimiento de una herida limpia y cubierta lleva a una evolución más satisfactoria.¹

En la actualidad, las complicaciones en las heridas y los costos, han disminuido gracias al desarrollo de la tecnología de apósitos asociado a una valoración holística del paciente. Los apósitos hidropoliméricos, tienen en cuenta las necesidades de absorción y minimizar el daño en la retirada, siendo respetuosos con la piel perilesional.²

Optimizar el tratamiento de las heridas quirúrgicas y conseguir que este proceso no sea traumático, en la medida de lo posible, es un reto para estas nuevas tecnologías.

Objetivos

- Garantizar la comodidad del paciente.
- Conocer una alternativa sencilla y eficaz que acorte el tiempo de las curas y minimizar el dolor en las mismas.
- Reducir los tiempos de cicatrización.
- Disminuir el riesgo de infección gracias a la menor manipulación.

Metodología

La Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETEV) consiste en la ocupación de la luz venosa por un trombo constituido fundamentalmente por células hemáticas y fibrina, acompañada a veces de reacción inflamatoria local, con la posibilidad del desprendimiento de la totalidad o de un fragmento del coágulo (embolia) que se desplaza y fija en uno o más vasos del árbol vascular pulmonar. Esta definición incluye tanto la Trombosis Venosa Profunda (TVP), como el Embolismo Pulmonar (EP), como entidades altamente relacionadas.³

Exponemos el uso de un apósito de fibras hidrocoloide en un paciente hospitalizado en la unidad de cirugía vascular, que presenta una herida quirúrgica tras el procedimiento de endarterectomía y angioplastia, realizado para solventar una oclusión femoropoplítea.

Se trata de un paciente varón de 63 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y obesidad, que ingresa de forma programada para realizar la intervención quirúrgica por claudicación intermitente.

Tras la intervención, la herida quirúrgica ha comenzado a ser ligeramente exudativa y ha recibido tratamiento antibiótico Amoxicilina-clavulánico 1000mg/200mg cada 8 horas.

Se utilizó el Triángulo de Evaluación de Heridas como herramienta de abordaje de la lesión, lo que permitió una evaluación ordenada y holística: entorno, paciente y herida (lecho, bordes y piel perilesional). Se definieron los objetivos locales apropiados y el tratamiento a seguir en base a los mismos.

El exudado de la lesión requirió la aplicación de una tecnología de fibra de hidrocoloide caracterizada por su alta capacidad de atrapar el exudado.

Resultados y conclusiones

Resultados:

La nueva tecnología controló de forma eficaz el exudado desde un principio, favoreciendo la epitelización de la herida y respetando la piel perilesional, tan frágil en estos pacientes.

Conclusiones:

El uso de apósitos de fibra de hidrocoloide ayuda a la absorción de exudado, favorece la epitelización de la herida, fomenta el confort de la misma y favorece la no manipulación en exceso de la herida al tener la posibilidad de disminuir la frecuencia de la cura.

Este caso, demuestra la idoneidad y su eficacia para tratar las heridas que sufren los pacientes afectados por ETEV, dada la evolución favorable de la herida.

Bibliografía

1. Domínguez-Saavedra G, Hernández-Galván JM. Actualización en el manejo de heridas. Cirugía Plástica [Internet]. 2021;31(3):124–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35366/103715>
2. Reitzel N, Marburger M, Torpe RM, Engell G. An in-vitro test of absorption capacity of foam dressings under pressure. Coloplast Research & Development Unit. 2008;
3. Patología venosa: guía de diagnóstico y tratamiento del Capítulo Español de Flebología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular.

CURA SECA vs CURA EN AMBIENTE HÚMEDO

Angulo Ortiz, Ana Isabel ⁽¹⁾; Rubio Vicente, Sara⁽¹⁾; Orozco Pérez, Ibone ⁽¹⁾; Ibarguen Lekue, Amaia⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Hospital Universitario Galdakao-Usansolo

Introducción

La piel es la primera defensa natural que tiene el cuerpo frente a agresiones externas por lo que es importante aprender a curar las lesiones que sufra.

Para esta tarea disponemos de una amplia gama de productos y por ello queremos optimizar la elección del producto de cura, haciéndolo más eficaz y eficiente. Este trabajo pretende ser una ayuda en la toma de decisiones en cuanto a la elección del método de cura idónea.

Nos centraremos en saber cuál es la técnica más adecuada para cicatrización de la barrera cutánea, diferenciando entre la cura seca o tradicional y la cura en ambiente húmedo (CAH).

La cura seca o tradicional es un tipo de cura realizada con la intención de mantener la herida limpia y seca, para así evitar infecciones, aunque se retrase el proceso de cicatrización.

La cura en ambiente húmedo (CAH) consiste en mantener el lecho de la herida aislado del exterior mediante un apósito semioclusivo y proporcionar un medio con una temperatura y humedad óptimas. Mantiene el exudado de la herida en permanente contacto con el lecho y de esta manera se consigue mantener un pH levemente ácido (5,5 -6,6), lo que produce un efecto bacteriostático, y una baja tensión de oxígeno en la superficie.

Objetivos

Identificar las características de las heridas y las necesidades de éstas, sabiendo diferenciar los tipos de cura e indicar la más óptima en cada momento.

Metodología

Cura seca: Las técnicas a usar se centran en secar y limpiar una herida con apósitos pasivos como son los de gasa, el uso de antisépticos y/o antimicrobianos de manera diaria o con más frecuencia.

El uso de esta técnica está indicado en heridas quirúrgicas de primera intención o para delimitar zonas mal vascularizadas, con claros signos de necrosis o gangrena.

CAH: Las técnicas a usar se centran en el uso de apósitos específicos para ambiente húmedo, apósitos que permiten cubrir con una película semipermeable las lesiones proporcionando un ambiente semioclusivo y manteniendo una humedad y temperatura adecuadas. Este tipo de cura fomenta que las lesiones epitelicen más rápidamente, debido a que evita la formación de una costra. Este ambiente que favorece la temperatura y la humedad adecuada proporciona las condiciones óptimas para que se lleve a cabo un desbridamiento autolítico del tejido desvitalizado, las reacciones químicas y la migración celular.

Se debe valorar en cada cura el nivel de exudado para elegir el apósito adecuado según su grado de absorción, también se deberán prevenir y solucionar los problemas que él mismo puede ocasionar, como la maceración de la piel perilesional. En cuanto a esta debemos mantenerla seca y protegerla con productos barrera.

Los apósitos adecuados para este tipo de cura son las espumas, hidrogeles, apósitos de plata y apósitos de carbón activado.

Resultados y conclusiones

La técnica de cura seca o tradicional es efectiva para mantener estables las lesiones evitando las infecciones.

La técnica de cura en ambiente húmedo se recomienda para promover la epitelización de las lesiones.

Se buscará la mejor técnica para cada herida teniendo en cuenta las características del paciente usando para cada caso los apósitos adecuados. Y logrando así un más eficiente y efectivo resultado, ayudando a su vez a mejorar la calidad de vida del paciente durante el proceso.

Bibliografía

- 1- Burgos R. Curas Húmedas y Secas – Diferencias y Usos [Internet]. Úlceras Magazine. 2021 [citado el 22 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.ulceras.info/divulgacion/curashumedas-y-secas-diferencias-y-usos/>
- 2- Curas en Ambiente Húmedo vs. Curas en Ambiente Seco [Internet]. CMUC. 2018 [citado el 22 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.centroulcerascronicas.com/noticias/cura-humeda-vscura-seca/>

Endoprótesis de Aorta abdominal urgente bajo anestesia local: Actuación de enfermería de Vascular.

Ursúa Fernández, Lucía⁽¹⁾; González Cacho, Meritxell ⁽²⁾; Esquíroz Marquina, María⁽³⁾;

(1) Hospital
Universitario
Navarra

(2) Hospital
Universitario
de Navarra
Navarra

(3) Hospital Universitario de

Introducción

La incidencia de aneurisma de aorta abdominal, debido al envejecimiento de la población, va en aumento, pudiendo alcanzar una incidencia de hasta un 7%. Es por ello que, a pesar de los medios diagnósticos actuales, su ruptura o disección sea también mayor cada vez.

En nuestro centro se ha protocolizado la intervención de esta urgencia bajo anestesia local, evitando así las consecuencias de la deprivación simpática y sus consecuencias hemodinámicas en dicha situación de extrema gravedad.

Para ello, la actuación de enfermería de cirugía vascular preparada y formada, tanto en el ámbito quirúrgico como anestésico, aporta seguridad en las pautas de actuación protocolizadas aumentando el confort del paciente, del equipo, disminución de tiempo quirúrgico y mayor tasa de supervivencia.

Objetivos

Describir la importancia del mantenimiento del paciente despierto durante la cirugía de endoprótesis abdominal de urgencia.

Describir de manera desglosada la importancia del papel de enfermería de cirugía vascular formada, en la atención técnico-científica, psicológica y humana durante dicho procedimiento.

Dominar el control hemodinámico del paciente en quirófano, sometido a anestesia local, durante todo el proceso quirúrgico, entendiendo la importancia de la realización protocolizada de dicho procedimiento.

Apoyar al equipo de anestesia de cirugía vascular, guiando la actuación según protocolo.

Formar al equipo de enfermería de urgencia en la actuación de endoprótesis de aneurisma abdominal de urgencia: farmacología y técnicas anestésicas. Técnica quirúrgica. Aparatología.

Metodología

Recogida de datos de las endoprótesis de urgencia realizadas en nuestro centro en los años 2021-2023:

- Número de casos: 39
- Número de casos realizados con anestesia local: 35
- Número de casos fallecidos: 2
- Complicaciones asociadas: PCR
- Debriefing post urgencia del equipo: puesta en común de datos, incidentes, aspectos a mejorar...
- Realización de cursos de formación de enfermería: 3

Resultados y conclusiones

La realización de cirugía de aneurisma realizados por endoprótesis de aorta abdominal de urgencia bajo anestesia local han supuesto un gran avance quirúrgico en tiempo y mejora de la morbilidad de los pacientes. Para que ello pueda ser llevado a cabo de manera sistematizada y segura para el paciente, se requiere la protocolización de la actuación interdisciplinar de cada miembro del equipo, donde enfermería, conocedora del procedimiento y sus posibles complicaciones, lidera el momento crítico.

El conocimiento de las consecuencias de la repercusión hemodinámica de este evento en el paciente y su mortalidad, el conocimiento de la técnica, dominio del aparataje necesario y, con ello, calidad humana, hacen de la atención de enfermería un pivote clave en esta patología de urgencia.

Bibliografía

V. Rimbau, F. Guerrero, X. Montaña, R. Gilabert. [Abdominal aortic aneurysm and renovascular disease]. Rev Esp Cardiol., 60 (2017), pp. 639-654 Medline

J.W. Tay, Y.P. Leong. Ruptured abdominal aortic aneurysm treated by endovascular aneurysm repair under local anaesthesia. Med J Malaysia., 67 (2012), pp. 111-112

A. Karthikesalingam, S.G. Thrumurthy, E.L. Young, R.J. Hinchliffe, P.J. Holt, M.M. Thompson. Locoregional anesthesia for endovascular aneurysm repair. J Vasc Surg., 56 (2012), pp. 510-519

P. Geisbüsch, B.T. Katzen, R. Machado, J.F. Benenati, C. Pena, A.I. Tsoukas. Local anaesthesia for endovascular repair of infrarenal aortic aneurysms. Eur J Vasc Endovasc Surg., 42 (2014), pp. 467-473

H. Kothandan, G.L. Haw Chieh, S.A. Khan, R.B. Karthekeyan, S.S. Sharad. Anesthetic considerations for endovascular abdominal aortic aneurysm repair. Ann Card Anaesth., 19 (2016), pp. 132-141 <http://dx.doi.org/10.4103/0971-9784.173029> | Medline

Parada cardíaca controlada con marcapasos externo en endoprótesis de arco aórtico.

Ursúa Fernández, Lucía⁽¹⁾; González Cacho, Meritxell⁽¹⁾; Esquíroz Marquina, María⁽¹⁾;

⁽¹⁾ Hospital Universitario de Navarra

Introducción

La endoprótesis ha disminuido de forma radical el número de cirugía abierta de aorta torácica y arco aórtico, dada la inferior morbi-mortalidad que supone, tiempo quirúrgico y resto de riesgos asociados, incluida la disminución de gasto económico a medio plazo.

Una de las situaciones que podemos encontrar es la colocación de una endoprótesis que finalice en el límite de carótida izquierda, siendo especialmente necesaria la exacta colocación de ésta, para evitar el cierre de dicha arteria.

En estas cirugías, en nuestro centro, está protocolizada la implantación de marcapasos temporal externo para producir un aumento de la estimulación cardíaca, reduciendo así la capacidad del corazón de contraerse y evitar el desplazamiento de la prótesis en su apertura.

Objetivos

Dar a conocer la implantación de marcapasos externo temporal como método protocolizado de simulación de "casi" parada cardíaca, como método para evitar el desplazamiento en la apertura de la prótesis de arco aórtico, como método eficaz y muy rápido, así como fácilmente reversible.

Metodología

Recogida de datos de experiencia propia hospitalaria, con su tasa de éxito y de fracaso. Recogida de datos subjetivos como la confianza y fiabilidad del sistema por parte del equipo.

Proceder a la Implantación de marcapasos temporal externo con técnica estéril en el bloque quirúrgico:

- Asepsia de la piel.
- Punción técnica seldinger, ecoguiada, de vena yugular interna. Colocación de introductor adecuado (6FR).
- Navegación de electrodo de estimulación con balón, radio guiado. Comprobación de estimulación cardíaca eficaz.
- Fijación.
- En el momento de la apertura de la prótesis, estimular el corazón a 180-200 lpm, obteniendo una bajada de tensión arterial y de la contractilidad cardíaca compatible con parada cardíaca.
- Tras la apertura de la prótesis, normalizar la estimulación del marcapasos. Observar la correcta normalización de las constantes hemodinámicas.

Resultados y conclusiones

La utilización de marcapasos temporal externo en la simulación de parada cardíaca ante la apertura minuciosa de una endoprótesis en el arco aórtico ha pasado a ser la técnica de elección en nuestro centro frente a otras técnicas utilizadas anteriormente (adenosina), dada la limitación en el tiempo que tiene esta estimulación (el tiempo que necesite el equipo), fácil reversibilidad, posibilidad de interrupción de la técnica y seguridad del paciente.

La práctica y formación en su colocación y diferentes dispositivos hace posible su implantación como una parte más de la técnica a realizar.

Bibliografía

K.L. Rommens, A.L. Estrera. Contemporary management of aortic arch aneurysm. Semin Thorac Cardiovasc Surg., 31 (2019), pp. 697-702

M. Shrestha, A. Martens, T. Kaufeld, E. Beckmann, S. Bertele, H. Krueger, et al. Single-centre experience with the frozen elephant trunk technique in 251 patients over 15years. Eur J Cardiothorac Surg., 52 (2017), pp. 858-866

M. Czerny, J. Schmidli, S. Adler, J.C. van den Berg, L. Bertoglio, T. Carrel, et al. Current options and recommendations for the treatment of thoracic aortic pathologies involving the aortic arch: an expert consensus document of the European Association for Cardio-Thoracic surgery (EACTS) and the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Eur J Cardiothorac Surg., 55 (2019), pp. 133-162

A. D'Onofrio, G. Cibir, M. Antonello, P. Battocchio, M. Piazza, R. Caraffa, et al. Endovascular exclusion of the entire aortic arch with branched stent-grafts after surgery for acute type A aortic dissection. JTCVS Tech., 3 (2020), pp. 1-8

D. Planer, G. Elbaz-Greener, N. Mangialardi, T. Lindsay, A. D'Onofrio, H. Schelzig, et al. NEXUS arch: A multicenter study evaluating the initial experience with a novel Aortic Arch Stent Graft System. Ann Surg [Internet]., (2021),