

PRIMER PREMIO ORAL

OR-16: Abordaje interdisciplinar de una ulcera en miembro inferior con vendas de baja elasticidad. Caso Clínico

Sr David Alcaide Carrillo¹, Isabel Mota San José¹, Sandra Victorio Romo¹, Sara María Sancho Llorente¹

¹Dirección de Enfermería, Gerencia de Asistencia Sanitaria de Segovia., Segovia

Introducción:

Usuario derivado a la Unidad de Heridas, perteneciente a la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Segovia, de 65 años de edad, residente de la Residencia de Asistida de personas mayores, Gerencia Territoria de Servicios Sociales de Seovia, presenta 2 lesiones postflebíticas continuas en zona maleolar externa de la pierna izquierda. Iniciamos tratamiento el día 9 de noviembre.

Objetivos General:

Cierre completo de la lesión.

Objetivo Especifico:

Cuantificación del coste de la terapia utilizada.

Promover la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles asistenciales.

Metodología:

Se realizo la valoración de la lesión usando el registro DOMINATE.

Uso de Vendas de Baja elasticidad para el tratamiento de la lesión.

Revisión de la bibliografía para la selección del aposito idóneo según las características de la lesión.

Se realizo la estimación del gasto, comparando el coste del tratamiento con el encontrado en la evidencia científica. También se evaluó el tiempo empleado en el cierre total de la lesión.

RESULTADOS:

Se consiguió el cierre completo de la lesión sin complicaciones en 5 meses.

Se usaron 4 vendas de baja elasticidad para todo el tratamiento (2 de 10 cm x 8 cm y 2 de 5 cm x 8 cm) realizando 2 curas a la semana.

CONCLUSIONES:

La terapia compresiva es el GOLD STANDARD para el abordaje de las lesiones de componente venoso. El uso de terapia de baja elasticidad puede ser una herramienta adecuada para el abordaje de ciertas lesiones en MMII.

El tratamiento compresivo una vez cicatrizada la lesiones fundamental en este tipo de heridas, dada la alta recidiva que tienen.

Los apósitos URGO START, favorecieron y aceleraron el proceso de cicatrización.

Fue fundamental la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales para garantizar la adherencia al tratamiento.

SEGUNDO PREMIO ORAL

OR-11: Endoprótesis fenestradas en los aneurismas de aorta: implicaciones para las enfermeras perioperatorias

Brugués Calaf Batet¹, Secundino Llagostera Pujol¹

¹Hospital Germans Trias I Pujol, Barcelona

Los buenos resultados de la reparación abierta de los aneurismas sólo se encuentran en grandes centros de referencia mundial dado que es n-dependiente. La aparición de las endoprótesis fenestradas permite a muchos equipos tratar esta patología de forma endovascular con una mínima morbi-mortalidad.

OBJETIVOS:

- Describir las indicaciones, características, complicaciones potenciales e implicaciones enfermeras del procedimiento de las endoprótesis fenestrada.
- Comunicar un caso clínico de reparación endovascular de un aneurisma aorto-toraco-abdominal con una endoprótesis fenestrada desde la visión de las enfermeras perioperatorias por la coordinación que requiere el procedimiento.

PACIENTE Y MÉTODO:

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica mediante la búsqueda de publicaciones de los últimos 10 años sobre reparación endovascular con endoprótesis fenestradas y las implicaciones de la enfermería perioperatoria. Se explotaron la bases de datos: Pubmed y Scopus. Los aspectos relacionados con las indicaciones, procedimiento, complicaciones e implicaciones fueron analizados y se aplicaron en el caso clínico: se crearon dos accesos femorales con introductores adecuados a los módulos de las endoprótesis y 2 accesos braquiales para los stents cubiertos. A través de los accesos femorales y sobre una guía rígida se ascendieron los módulos de endoprótesis necesarios para la reparación del aneurisma. Posteriormente, se liberaron los stents cubiertos en las ramas viscerales a través de ambos accesos braquiales. En la arteriografía final de control se detectó una endofuga tipo 1A que requirió un módulo extra de endoprótesis torácica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

- La reparación endovascular con endoprótesis fenestrada es una alternativa terapéutica que implica una menor morbi-mortalidad respecto a la reparación abierta.
- Las endoprótesis para anatomías complejas implican dispositivos complejos y requiere un equipo de fluoroscopia adecuado o una sala híbrida, además de una enfermería especializada, experta e implicada para una buena coordinación del equipo quirúrgico y del procedimiento.

PRIMER PREMIO PÓSTER

PO-16: Nuestra experiencia sobre la evolución de los cuidados de las heridas quirúrgicas inguinales tras cirugía de endoprótesis o bypass arterial

Jaime Muñoz¹, Eugenia Barrio¹, Patricia Carrasco¹, Jesús de Cabo¹, Francisco José Granado¹, Araceli Jiménez¹, Silvia Sanguino¹

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Introducción y Objetivo: Las infecciones de localización quirúrgica forman parte de las infecciones nosocomiales más frecuentes en la Comunidad de Madrid. Las heridas inguinales cobran especial importancia debido a su particular emplazamiento y a las características de la piel inguinal, que confieren a estas heridas las condiciones idóneas para infectarse. En nuestro servicio de Cirugía Vascular del Hospital Ramón y Cajal, los accesos quirúrgicos inguinales responden mayoritariamente a cirugías de by-pass y endoprótesis arteriales. Los profesionales de enfermería nos encontramos con el doble reto de prevenir las complicaciones y de tratar las ya instauradas. Nos proponemos describir la evolución de nuestro criterio acerca de los cuidados de las heridas inguinales en nuestro servicio en los últimos años.

Material y métodos: Retrospectiva de los tipos de curas inguinales realizadas en el servicio y revisión bibliográfica de la evidencia publicada acerca de los tipos de curas en las zonas inguinales basadas en el principio de costo-eficacia.

Resultados: Durante los últimos años, hemos vivido en nuestro servicio un proceso evolutivo en los cuidados de las heridas inguinales tras cirugías de endoprótesis y bypass: desde la utilización en exclusiva de soluciones antisépticas hasta la aplicación de la terapia de presión negativa, que parece presentarse como una opción valorable en cuanto a la prevención, ya desde el perioperatorio, de las infecciones de heridas inguinales.

Conclusiones: Se requiere un periodo adecuado para evaluar si la utilización generalizada de la terapia de presión negativa (PICO) es la opción más costo-eficaz para prevenir y tratar las heridas inguinales desde el perioperatorio.