

XIV Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Torácica (SECT)

Málaga, 15-17 de mayo de 2024

COMUNICACIONES ORALES ENFERMERÍA

OE-01. APLICACIÓN DEL PARCHES DE CAPSAICINA AL 8% EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE CIRUGÍA TORÁCICA EN PACIENTES CON DOLOR NEUROPÁTICO

María del Mar Esteban, Eva María Martínez, Elena Fernández, Almudena Gutiérrez-Maturana, Purificación Santos, Marina Sanjurjo, Lidia Sotillo, Verónica Albarrán y Florentino Hernando Trancho

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Describir la eficacia y la seguridad de la capsaicina tópica aplicada en la consulta de enfermería a pacientes con dolor neuropático tras cirugía torácica.

Métodos: Se incluyeron 4 pacientes con dolor neuropático tras cirugía torácica (dos torascopias y dos toracotomías) a los que se aplicó parche de capsaicina al 8% entre marzo de 2019 y junio de 2022. La mediana de tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica fue de 76,5 días (r: 22-634). El primer paso consistió en mapear la zona de alodinia, transcribirla a un papel de tipo vegetal y utilizarlo para recortar el parche con la forma exacta de la región a tratar (fig. 1). Previo a su aplicación la piel se lavó con agua y jabón y se secó bien. El profesional que aplicó el fármaco se protegió con guantes de nitrilo y mascarilla facial. El parche se mantuvo colocado durante 60 minutos (tiempo requerido para la liberación

completa del fármaco), durante los cuales se controló la tensión arterial y la frecuencia cardíaca. Durante ese tiempo también se controló la aparición de posibles efectos adversos (dolor, quemazón y prurito). Tras retirada del parche se aplicó gel frío de butil hidroxianisol 0,2 mg/g sobre la superficie cutánea durante unos minutos y después se lavó la zona con agua y jabón. Se entregó una hoja informativa de recomendaciones posteriores a todos los pacientes. Como variables de resultado se recogieron: número de sesiones, área de alodinia en cm², tiempo de aplicación, efectos secundarios y porcentaje de reducción del área de alodinia a los 7, 30 y 90 días de la aplicación.

Resultados: El tiempo medio de aplicación del parche fue de 57,5 minutos (DE 5), precisando retirarlo antes de los 60 minutos en un caso por dolor y quemazón. El número de sesiones fue de 1 en todos los casos. El área media de alodinia calculada fue de 124,45 cm² (DE 82,39). Como efectos secundarios se registraron: eritema 100%, quemazón 50%, prurito 25% y dolor 25%. El dolor y el prurito se autolimitaron al cabo de 24 horas. El eritema y la quemazón se prolongaron durante 3 a 5 días autolimitándose después (fig. 2). Se registró una mediana de reducción de la zona de alodinia del 42,5% (r: 5-84,31) a los 7 días, del 83,45% (r: 10-100) a los 30 días y del 100% (r: 15-100) a los 90 días (en la figura 3 se muestra el mapeo inicial en color negro y el mapeo a los 7 días en color azul, correspondiendo el rojo al área del pezón).

Conclusiones: La aplicación tópica de capsaicina al 8% en forma de parche resultó beneficiosa en el tratamiento del dolor neuropático postquirúrgico en nuestra serie. Los efectos secundarios que aparecieron fueron leves y autolimitados en el tiempo. Su manejo es sencillo y aplicable en una consulta de enfermería con personal entrenado.

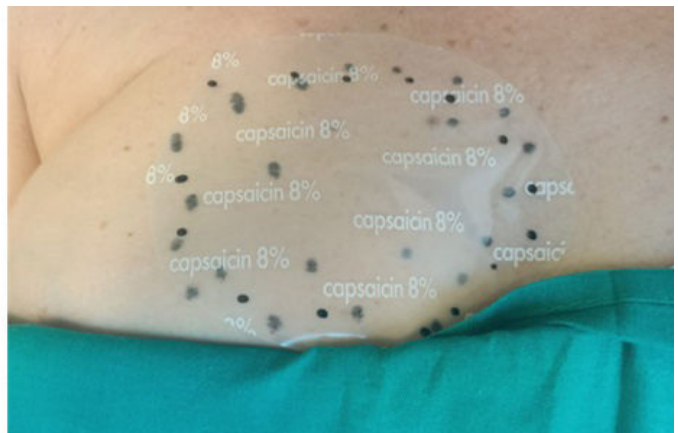
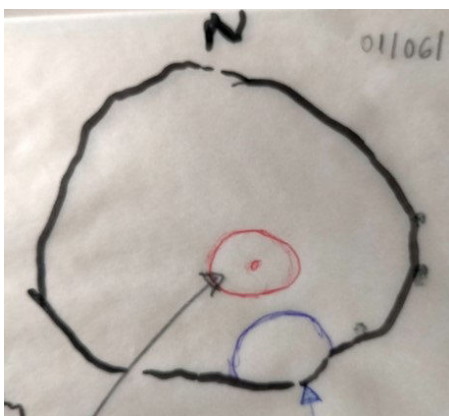


Figura 1



OE-02. UTILIZACIÓN DE AGENTES HEMOSTÁTICOS EN SANGRADOS EMERGENTES EN CIRUGÍA TORÁCICA

Eva de la Asunción González, Elena Díez Mazo, Marta Ortega Lamaignere, Sergio Bolufer Nadal, M^a Jesús Rivera Cogollos y Jorge Cerezal Garrido

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.

Introducción: La morbilidad y mortalidad de pacientes tras la cirugía se ven influenciadas en gran medida por la pérdida hemática o hemorragia y las consecuencias derivadas de la misma. Para controlar la dicha situación, es frecuente el uso de agentes hemostáticos tópicos en combinación con otras técnicas hemostáticas. La existencia de los agentes hemostáticos es amplia y muy variada, y es por ello que su estudio y valoración resultan de suma importancia y consideración a la hora de realizar cirugías torácicas: el uso del material hemostático dependerá de las características del sangrado y de la evolución que se busque en el paciente tras su aplicación.

Objetivos: Explicar los hemostáticos más utilizados en cirugía torácica, comentar los distintos tipos y su uso. También figura como objetivo de esta revisión describir el papel de enfermería en el uso de hemostáticos en emergencias torácicas.

Métodos: Se ha realizado una revisión bibliográfica, cuya búsqueda se ha llevado a cabo en las bases de datos PubMed y Google Académico. La misma ha tenido lugar durante los meses entre noviembre y febrero de 2023 y 2024 respectivamente. Los artículos seleccionados datan de los años transcurridos entre 2020 y 2024, y contemplan publicaciones relacionadas con hemostáticos empleados en intervenciones quirúrgicas.

Conclusiones: Los agentes hemostáticos pueden ser clasificados según diferentes puntos de vista, a saber: activos, pasivos y sellantes de fibrina. En esta división de los tres grupos principales de hemostáticos, encontramos diferenciaciones más específicas teniendo en cuenta su procedencia: físicos, absorbibles, biológicos, sintéticos y vendajes hemostáticos. Para proporcionar a todo paciente unos cuidados pertinentes y de cali-

dad, ha de realizarse una valoración global del mismo antes, durante y después de la intervención quirúrgica, para así prever las necesidades de recursos materiales y humanos a la hora de actuar frente a una situación de emergencia vital como lo es un sangrado en una intervención quirúrgica. El hemostático ideal debería ser de fácil manejo, altamente eficaz, no antigénico, totalmente reabsorbible y tener un bajo coste. Puesto que esta situación idílica no se da en la vida real, resulta imprescindible una adecuada individualización del tratamiento, mediante la selección del agente más apropiado en cada caso. La disponibilidad del agente a utilizar, la situación clínica del paciente y el compromiso entre eficacia, seguridad y coste-efectividad deben constituir los pilares básicos de la selección de cada agente en cada momento. Es crucial tener en consideración ciertos aspectos esenciales que envuelven a la utilización de los agentes hemostáticos: tipos, modos de empleo y situaciones de urgencia en los que emplearlos. Tras haber realizado la revisión, podemos determinar que los hemostáticos activos, mixtos y sellantes de fibrina demuestran superioridad frente a los pasivos en cuanto a eficacia clínica. Los hemostáticos tópicos constituyen un campo de conocimiento dinámico y sometido a nuevas investigaciones, las cuales persiguen el desarrollo de agentes más innovadores y polivalentes. Este hecho hace necesarias revisiones periódicas que permitan conocer las novedades surgidas en el campo de la hemostasia tópica.

OE-03. INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL MANEJO DE LOS DRENAJES PLEURALES TUNELIZADOS

Cristina Jiménez Ruiz¹, Inés Luque Vázquez¹, Marta Santero Alonso¹, Elena Alonso Torroba¹, Inés Centeno Tamame², Alejandra de la Fuente Año¹, Valerio Perna Perna² y María Rodríguez Pérez¹

¹Clínica Universidad de Navarra, Madrid; ²Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

Objetivos: Hemos diseñado una actuación de enfermería para facilitar el manejo y cuidado domiciliario de los drenajes pleurales tunelizados basada en los resultados de nuestra experiencia.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de la actuación enfermera en los drenajes pleurales tunelizados colocados por derrame pleural maligno (DPM) en los últimos 5 años en nuestro departamento. Se describen las fases del protocolo estandarizado del seguimiento enfermero. Se analizan los datos clínicos, incluyendo diagnóstico, tiempo medio de duración del drenaje, complicaciones del mismo y visitas a urgencias de los pacientes incluidos en el estudio.

Resultados: Se han estudiado 22 pacientes con DPM a los que se les colocó un drenaje pleural tunelizado entre 2019 y 2024. La etiología predominante del DPM fue cáncer pulmón en el 26% (6) de los pacientes, seguida por cáncer de ovario en el 22% (5), cáncer de mama en el 13% (3), cáncer urológico en el 13% (3), cáncer hematológico en el 9% (2), mesotelioma en el 9% (2), y quilotórax asociado a un tumor hematológico en el 4,3% (1). A continuación, describimos la actuación estandarizada. Preinserción: preparación inicial del paciente en la consulta presencial, donde se resuelven dudas del procedimiento, se le dan las instrucciones previas al procedimiento y se corrobora la firma del consentimiento informado. Asistencia durante el procedimiento: Preparación del material, realización del checklist de procedimiento. Seguimiento: 1^{er} control presencial antes del alta. Extracción del líquido conjuntamente con el paciente y su acompañante. Se proporcionan vídeos resumen con los cuidados del drenaje. Se entregan dípticos informativos. Se le suministra el material necesario para el cuidado de la herida durante los primeros días. Se explican signos de alarma y actuación a seguir en caso de que aparezcan. Control precoz telemático a las 24 h. Seguimiento telemático a los 7-10 días. Seguimiento presencial coincidiendo con visitas médicas (generalmente, el primero, a los 15 días tras la inserción). La duración media del drenaje pleural tunelizado fue de 50 días. Tan solo 2 pacientes (9%) presentaron complicaciones, ambas por obstrucción de la tubuladura. Ningún paciente acudió a urgencias a consecuencia del mal manejo del drenaje pleural. 6 pacientes fallecieron con el drenaje puesto.

Conclusiones: El seguimiento de enfermería en los cuidados del drenaje pleural tunelizado es crucial para garantizar la efectividad del tratamiento y prevenir complicaciones. Además, la monitorización constante permite detectar signos de infección o cualquier otra complicación, facilitando intervenciones tempranas y evitando visitas a urgencias. La educación al paciente sobre el autocuidado y la comprensión de las señales de alarma también son aspectos importantes del seguimiento de enfermería en este contexto.