



## Revista de Senología y Patología Mamaria

www.elsevier.es/senologia



### VII Reunión de la Sección de Enfermería y Técnicos de Senología Barcelona, 19-20 de octubre de 2012

#### MESA REDONDA: ESTADO ACTUAL DE LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

## Cuidados de enfermería en la supermicrocirugía del linfedema

Patricia Martínez Jaimez

Barcelona, España

Los múltiples avances tecnológicos, la amplitud de conocimientos y la formación cada vez más específica de los cirujanos han permitido realizar intervenciones comparativamente más complejas que hace unas décadas eran impensables.

Es en el campo de la microcirugía donde se ven reflejados todos estos avances y donde nace, sobre los años setenta, la microcirugía del linfedema. Durante estos años se inician las técnicas actualmente realizadas, como las anastomosis linfaticovenosas, pero carecen de un éxito significativo por las limitaciones en aparataje tecnológico, instrumental y suturas disponibles.

Al grupo de técnicas microquirúrgicas que se basan en el manejo de estructuras vasculares con un calibre  $\leq 0,6$  mm las llamamos supermicrocirugía. Y es ésta la que ha permitido el éxito de la cirugía del linfedema, ya que actualmente disponemos de medios mucho más sofisticados y precisos para realizarlas.

La principal aplicación de la supermicrocirugía es la cirugía del linfedema, pero también existen otras técnicas, entre ellas la reimplantación en amputaciones, el manejo de colgajos libres, las técnicas de injertos de nervios vascularizados y la estética.

Son pocos los cirujanos en todo el mundo que están dedicados a la supermicrocirugía. Pero el rápido avance en la formación, la especificidad tecnológica, el aumento de aplicaciones y el éxito de resultados harán que en un futuro no muy lejano sea la elección de muchos más profesionales.

En la supermicrocirugía del linfedema, las técnicas más usuales son la transferencia ganglionar y la anastomosis linfaticovenosa. Aunque es esta última la que tiene un papel protagonista.

La anastomosis linfaticovenosa consiste en unir los vasos linfáticos superficiales con las venas subdérmicas de

la extremidad afectada mediante pequeñas incisiones. De esta forma se deriva la linfa del sistema linfático a las venas para disminuir o contrarrestar totalmente el linfedema.

El éxito de esta cirugía no se basa únicamente en el proceso quirúrgico en sí, sino que sin un buen seguimiento y cuidados no obtendríamos los resultados deseados. Por ello es necesaria una buena formación multidisciplinar, donde enfermería tiene un papel fundamental.

Los cuidados de enfermería abarcan desde que la paciente decide operarse hasta el alta de su médico referente. En el preoperatorio se realiza preparación para las diferentes pruebas diagnósticas, estado óptimo de la zona afectada, dar respuesta a sus dudas, y un conjunto de actividades donde lo primordial sea asegurar el bienestar y seguridad en la paciente. Durante la intervención, intraoperatoriamente, enfermería ayudará en el acto quirúrgico y realizará diferentes tareas, donde una de las más importantes es velar por su confort. Por último, en el postoperatorio actuaremos desde la salida inmediata del quirófano, supliendo necesidades básicas, hasta el alta de todo el proceso, que puede durar entre 1 y 2 años, donde hacemos una amplia educación sanitaria, curas a realizar, apoyo emocional, adaptación a las nuevas actividades de la vida diaria, etc.

El preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio los veremos de forma mucho más visual con un caso clínico donde se refleja la importancia de enfermería en todo el procedimiento.

En conclusión, cabe destacar la importancia de una buena formación y especialización de los profesionales que atienden este tipo de cirugía. Enfermería forma parte primordial y no hay que olvidar que el éxito de la supermicrocirugía del linfedema es multidisciplinar.

## Papel de la enfermera quirúrgica en reconstrucción de mama de colgajo DIEP

Miriam Armora

*Enfermería Quirúrgica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España*

El cáncer de mama es la segunda causa más frecuente de muerte por cáncer en las mujeres, después del cáncer de pulmón. Para la mujer no es sólo una terrible enfermedad, sino que muy frecuentemente, como parte del tratamiento, conlleva la extirpación de la mama.

La reconstrucción mamaria significa un paso primordial hacia la normalidad, reconstituyendo el órgano perdido y ayudando a recobrar la feminidad.

El procedimiento quirúrgico del colgajo libre es la técnica de elección en cirugía reconstructiva de mama, iniciada a finales de los años noventa, llamada también microcirugía de perforantes, el ya conocido DIEP (*deep inferior epigastric perforator*).

Esta técnica quirúrgica se basa en la anastomosis bajo microscopio de vasos sanguíneos entre la zona receptora (defecto) y el tejido transferido (colgajo), asegurando la viabilidad del colgajo.

La complejidad de estas reconstrucciones microquirúrgicas requiere de infraestructura y de personal entrenado para su realización. Entre ellas cabe destacar:

- Equipo de cirujanos, anestesistas, enfermeras y personal auxiliar, cuya actividad no se limita a la intervención quirúrgica sino también al estricto seguimiento que estas pacientes requieren.
- Equipamiento específico de microscopio e instrumental.
- Equipo quirúrgico entrenado en la realización de estas técnicas quirúrgicas altamente sofisticadas.
- Personal suficiente para la ejecución de 2 equipos quirúrgicos simultáneos (equipo resectivo y equipo reconstructivo).

El equipo de enfermería en las reconstrucciones microquirúrgicas está compuesto por 3 enfermeras, cada una

de ellas tiene sus funciones descritas: una enfermera de anestesia, una enfermera instrumentista y una enfermera circulante. En caso de que existieran 2 equipos quirúrgicos simultáneos (equipo resectivo y equipo reconstructivo) se dispondría de una segunda enfermera instrumentista para el segundo campo quirúrgico.

En la ponencia se describirá el procedimiento quirúrgico del colgajo libre, las funciones principales de la enfermera quirúrgica durante el proceso intraoperatorio, el material necesario para la técnica y las complicaciones intraoperatorias.

La enfermera instrumentista debe conocer la técnica quirúrgica, asociar cada tiempo quirúrgico con el material e instrumental necesarios, prever las posibles complicaciones intraoperatorias y realizar junto a la enfermera circulante una evaluación dinámica del riesgo. La manipulación eficiente del instrumental durante el procedimiento quirúrgico es la clave de una enfermera instrumentista eficaz. La enfermera instrumentista y la enfermera circulante tienen que anticiparse a las necesidades del equipo quirúrgico.

Trabajar con una metodología común, es decir, la protocolización y estandarización de los procedimientos, hará disminuir la variabilidad y permitirá realizar una evaluación continua, mejorando así los factores que intervienen.

### Bibliografía recomendada

- Allen RJ, Treece P. Deep inferior epigastric perforator flap for breast reconstruction. *Ann Plast Surg.* 1994;32:32-8.
- Koshima I, Inagawa K, Urushibara K, et al. Paraumbilical perforator flap without deep inferior epigastric vessels. *Plast Reconstr Surg.* 1998;102:1052-7.
- Masià J. Planificación preoperatoria de los colgajos de perforantes de la arteria epigástrica inferior profunda (DIEP) mediante el estudio con el Tac de multidetectores. Tesis Doctoral. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2008.

## Obtención de células madre para la reconstrucción

Ana Arbona Rovira

*Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España*

El tratamiento del cáncer de mama requiere de una asistencia multidisciplinar, tiene como paso fundamental la reconstrucción posmastectomía (RPM), que está integrada en la llamada cirugía oncoplástica.

Los objetivos de la RPM son obtener un buen volumen, homogeneidad, morbilidad y elasticidad en una sola intervención, así como que sea técnicamente fácil, que ocasione pocas secuelas y que consiga simetría con la segunda mama.

Momento de la RPM: inmediata o diferida, seleccionando las pacientes en función del:

- A. Estadio de la enfermedad.
- B. Estado de la zona receptora.
- C. Estado zona dadora.

Técnicamente se puede realizar la RPM con:

A. Implantes (expansores o prótesis).

B. Colgajos autólogos.

- Dermograsos: toracoepigástrico.
- Toracodorsal-lateral.
- Miocutáneos: dorsal ancho.
- TRAM.
- Microquirúrgicos: DIEP.
- SGAP.

C. Con células madre (CM). En los últimos años, uno de los avances más prometedores en el campo de la cirugía reconstructiva es la utilización de CM. Éstas se obtienen de la lipoaspiración de grasa del abdomen y muslos, procesada posteriormente y reinyectada de nuevo a la paciente para, de este modo, corregir secuelas tras tratamiento conservador y radioterapia.

Las CM son las células que tiene la capacidad de autorrenovarse mediante divisiones mitóticas o bien continuar la vía de diferenciación para la que está programada, y producir células de uno o más tejidos maduros, funcionales y plenamente diferenciados en función de su grado de multipotencialidad.

Tipos de células madre:

- Totipotentes.
- Pluripotentes.
- Multipotentes.
- Unipotentes.

Fuentes de células madre:

- Embrionarias.
- Germinales.
- Fetales.
- Adultas.

Métodos de obtención de células madre:

- Embriones crioconservados.
- Blastómeros individuales.

- Activación de ovocitos por transferencia nuclear somática.
- Partenogénesis.
- Obtención de donantes cadavéricos.
- Células del cordón umbilical.
- Células del líquido amniótico.
- De la grasa del abdomen y muslo obtenida mediante liposucción.

Procedimiento para la obtención de células madre de la grasa: el tejido adiposo es considerado una de las zonas donantes mas atractivas, debido a su fácil obtención mediante un simple lipoaspirado y la cantidad de células que en él se pueden aislar, éste contiene una población de células que poseen la habilidad de proliferar y diferenciarse en múltiples líneas; se las denomina células madre adultas derivadas de la grasa (ADSC). También existen otros tipos celulares asociados, que se denominan células regenerativas derivadas de la grasa (ADRC). La realización de la técnica consiste en una liposucción con cánula roma y jeringa de la grasa del abdomen o muslos, posteriormente la grasa obtenida es procesada para obtener las CM, una vez finalizado el proceso, la grasa con las CM es reinyectada por el facultativo en la mama.

Hay 2 tipos de técnicas de proceso: la Coleman, en la que la grasa obtenida se trata simplemente con centrifugado, y la Cytori Therapeutics®, que mide y selecciona las CM que vamos a utilizar y se añaden posteriormente a la grasa de la paciente que vamos a reinyectar.

En todo este proceso, el personal de enfermería tiene una amplia función.

## Bibliografía recomendada

- Lasso JM, Cortina E, Goñi E, Arenas L, Nava P, Fernández ME, et al. Estado actual de las terapias con células madre derivadas de tejido adiposo en el ámbito de la Cirugía Plástica. *Cir Plast Iberolatinoam*. 2010;36.
- Nombela C. Células madre, encrucijadas biológicas para la medicina. Madrid: Edaf; 2007.
- Trigos Micoló I, Moya Lyja A. Reconstrucción mamaria: indicaciones y técnicas. *Cir Plast Ibero-Latinoamer*. 1985;11:11-23.

# Reconstrucción mamaria: obligación o devoción

**Mercedes García Martínez**

*TSDI y Coordinadora de la Unidad de Mama, Centro Diagnóstico por Imagen del Dr. Manchón, Barcelona, España*

## Objetivo

Descripción de una reconstrucción mamaria desde el punto de vista de una paciente. Alcances físicos, psicológicos y sociales.

## Material y método

Aspectos a considerar durante el proceso:

### 1. Precirugía.

- A. ¡Prepararse para la noticia!
- B. Información médica.
- C. Lista de espera.
- D. Pruebas previas a la cirugía.
- E. Trabajo psicológico.
- F. Relación paciente-familia.
- G. Aspectos laborales.

**2. Cirugía.**

- A. Ha llegado el momento.
- B. Miedos.
  - Anestesia.
  - Riesgos de una segunda cirugía.
  - Recuerdos, dudas.

**3. Poscirugía.**

- A. Recuperación de la anestesia.
- B. Complicaciones poscirugía.
- C. Recuperación lenta.
- D. ¡Quiero una vida normal!

**Conclusión**

En este congreso se hablará de nuevas técnicas en diagnóstico y cirugía de la mama. Y, por supuesto, es importantísimo estar a la última en ciencia, pero, ¿y en empatía..., seremos capaces de avanzar?, ¿seremos capaces de percibir los miedos, las dudas y las preocupaciones que las pacientes sufrimos durante estas intervenciones? Esto no es una novedad, sin embargo, sí que se puede innovar en cómo tratar estas situaciones, en cómo detectar a tiempo esas necesidades, y con esta actitud mejorar como profesionales de la salud y por supuesto ayudar al paciente, que es quien realmente importa.