



P12

Teràpia de pressió negativa en dehiscència de ferida de mastectomia amb reconstrucció immediata amb teixit autòleg. A propòsit d'un cas.

Teresa Maria Godall Camps, Cristina Marsal Clotet

Salut/



Hospital Universitari
Sant Joan
REUS



Generalitat
de Catalunya



Col·legi Oficial
d'Infermeres i Infermers
de Tarragona

Introducció.

La teràpia de pressió negativa (TPN) és un sistema alternatiu de cicatrització no invasiu que aplica, de forma contínua o intermitent, pressió subatmosfèrica sobre la superfície de la ferida amb l'objectiu d'absorbir l'excés d'exsudat, mantenir una cura en ambient humit òptim, reduir la colonització bacteriana i l'edema i afavorir la proliferació de teixit de granulació i epitelització de la ferida.

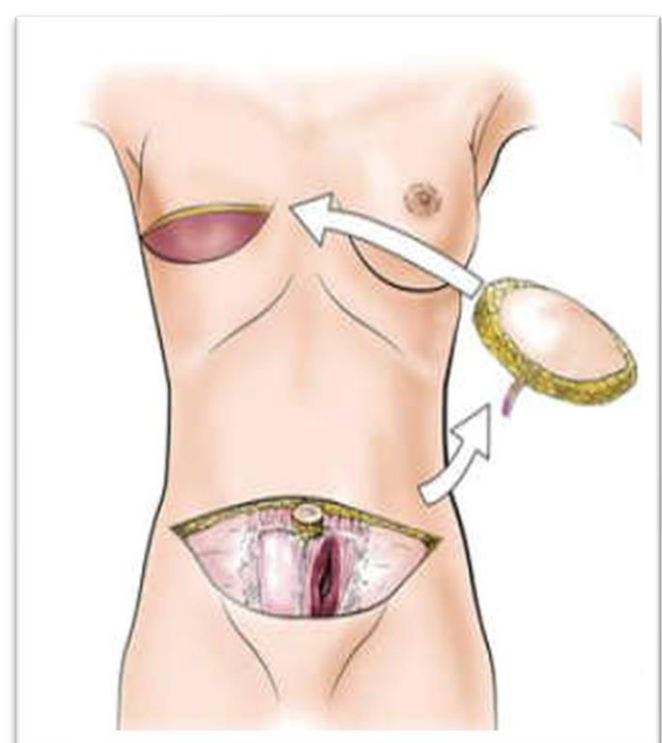
Objectiu

Reduir el temps de cicatrització per minimitzar l'interval temporal entre la cirurgia i l'inici de la radioteràpia (RDT)

Material i mètode.

Pacient de 48 anys, premenopàusica. Paritat: 2.0.0.2. Antecedents personals d'hipertensió arterial, intervinguda al 2009 per hidrocefàlia amb la col·locació de catèter ventriculoperitoneal.

Diagnosticada el juny del 2023 de carcinoma infiltrant de tipus no especial G3, cT3cN1cM0, luminal like, RE 90% RP 95% Her2 negatiu Ki67 70%. Estadi IIIA. Realitza quimioteràpia neoadjuvant abans de la cirurgia. Acabat el tractament, se li proposa mastectomia radical, que accepta, demanant reconstrucció immediata.



Valorada conjuntament per les ginecòlogues i cirurgians plàstics es planifica, el dia 03-01-2023, mastectomia dreta amb limfadenectomia axil·lar i reconstrucció mamària immediata, mitjançant la tècnica DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator) que utilitza teixit abdominal per reconstruir la mama. Donada la bona evolució, al sisè dia, es donada d'alta hospitalària amb posteriors controls a consulta de cures d'infermeria i de l'equip mèdic.

A les 72h de l'alta, va acudir a primera cura a consultes d'infermeria a la Unitat de Patologia de Mama, presentant hematoma generalitzat no a tensió, mama inflamada. A la zona superior de la ferida de la T invertida s'objectiva zona macerada amb pèrdua de pell amb signes suggestius d'isquèmia. Es va realitzar cura tòpica amb clorhexidina aquosa al 2% més Blastoestimulina® i apòsit Mepilex lite®. Incisió abdominal amb bon aspecte i en procés de cicatrització correcta. Cura tòpica amb clorhexidina aquosa al 2%. Es van establir controls presencials setmanals.



Al mes de la intervenció, evolució tòrpida de la ferida de la mama dreta presentant escara necròtica. Es va realitzar desbridament autolític de la placa necròtica i es va instaurar TPN sense dipòsit amb apòsit de 15x15cm per cura de dehiscència. S'explica a la pacient el seu funcionament, les recomanacions a tenir en compte i com resoldre certes incidències.

Donada la bona evolució de la ferida i bona tolerància al dispositiu es va seguir realitzant controls presencials setmanals i a demanda.

La pacient haurà de completar el tractament amb RDT i hormonoteràpia.

El 18/04/2024, després de dos mesos i mig de tractament amb TPN s/d es retira teràpia. Ferida ja epitalitzada i cicatritzada. Pot iniciar la RDT.

Resultats

- La pacient va poder iniciar el tractament amb RDT als 3 mesos i mig de la intervenció.
- Va poder recuperar les activitats quotidianes de la seva vida diària, millorant la seva qualitat de vida personal, familiar i social.
- La pacient va verbalitzar que amb la TPN s/d va millorar el seu benestar en quant al nombre de cures.
- Va tenir bona tolerància a l'apòsit i sistema.

Conclusió

La TPN s/d ajuda a minimitzar l'interval temporal entre cirurgia i radioteràpia.

