



V-151 - EXPERIENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA EN PIE DIABÉTICO

A. Arnaiz García¹, H. Molina Llorente², P. Hernández Martínez², I. Sanles González², D. Toresano López², M. Fernández Sampedro¹, A. Jiménez Alfonso³ y E. Arnáiz García⁴

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas, ²Medicina Interna, ³Medicina Intensiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). ⁴Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.

Resumen

Objetivos: Se sugiere que la administración de oxigenoterapia hiperbárica (OHB), a través de la reducción del área de isquemia y la formación de neovasos, puede acelerar la cicatrización de las heridas, reduciendo por tanto el riesgo de amputación de miembros inferiores (MMII). Los objetivos de este estudio son: evaluar la eficacia de OHB en los pacientes diagnosticados de pie diabético (PD) y el riesgo de amputación de MMII en este grupo de pacientes.

Material y métodos: Estudio descriptivo de cohortes de todos los pacientes diagnosticados de PD que recibieron OHB, desde el 1 de enero de 2010 al 31 de octubre de 2017 en el H. U. Marqués de Valdecilla.

Resultados: Hubo un total de 66 pacientes diagnosticados de PD que recibieron OHB. La edad media fue $61,35 \pm 23$. El número de sesiones recibidas por paciente fueron $16,13 \pm 7,15$. Respecto a las características epidemiológicas de los pacientes: 92,5% eran hombres, 72,5% eran hipertensos, 42,5% eran fumadores activos, 40% estaban diagnosticados de insuficiencia renal crónica, 10% de EPOC, 42,5% tenían antecedentes de cardiopatía isquémica y 20 (30%) de polineuropatía. El tiempo medio de desarrollo de la herida fue 3,92 (7,87) meses. La indicación de OHB más frecuente fue el de infección (72,5% de los pacientes, de los que el 25% la indicación fue por osteomielitis crónica). La localización de las heridas fueron: 15 (22,5%) en el calcáneo y 11 (17,5%) fueron interdigitales. El tratamiento de revascularización de MMII fue necesario en 53,5% pacientes. Al inicio del tratamiento, el 5% de los pacientes presentaban tejido de granulación en las heridas, mientras que a los 14 días lo tenían el 40,5% de los mismos. Se logró la cicatrización de las heridas en el 8,8% de los pacientes durante el primer mes tras OHB, el 35,7% al tercer mes, el 68% al sexto mes y el 79,2% antes de cumplirse el primer año tras el inicio de OHB. 24 (35,9%) pacientes precisaron amputación de MMII, lo cual ocurrió a los 32,5 (123,54) días tras el tratamiento OHB. Se necesitó antibioterapia sistémica en 12 pacientes, el resto únicamente tratamiento tópico. 7,5% pacientes fallecieron por causas no relacionadas con OHB. Los factores de riesgo de amputación que encontramos en este grupo fueron: osteomielitis crónica (4,527, $p = 0,033$) y la pérdida de seguimiento en la consulta (10,89, $p = 0,001$).

Discusión: En nuestro estudio, se administró OHB en 66 pacientes. Se objetivó un incremento de la

presencia de tejido de granulación en el lecho de la herida tras el inicio de OHB, que se comportó como un factor tiempo dependiente que persistió durante el año de tratamiento. El riesgo de amputación de MMII en nuestra serie aunque era bajo comparado con otros estudios, estuvo asociado con el diagnóstico de infección y fundamentalmente con el de osteomielitis crónica, así como la pérdida de seguimiento en la consulta.

Conclusiones: El uso de oxígeno hiperbárico es un complemento útil y seguro en el tratamiento de heridas agudas y crónicas, a pesar que sus mecanismos de acción aún no se encuentran completamente dilucidados. En nuestra experiencia la oxigenoterapia hiperbárica es una herramienta que permite acelerar el proceso de cicatrización, sin haberse producido eventos adversos relacionados con la misma, reduciendo el número de intervenciones de revascularización y la necesidad de amputaciones. De todas maneras, se necesitan más estudios para corroborar estos hallazgos y caracterizar este tratamiento como adyuvante en este grupo de pacientes.