

M^a CRUZ GAGO FERREIRO, M^a LOURDES RODRÍGUEZ MONTES, RAQUEL DIEZ LAGE, ELENA FERNÁNDEZ NIETO
Servicio de Urología. Hospital Montecelo. Complejo Hospitalario de Pontevedra

Cura húmeda sobre pérdida de sustancia en gangrena de Fournier

Palabras clave: Gangrena de Fournier; apósito de hidrofibra, cura húmeda.
Keywords: Fournier's Gangrene, Hydrofiber dressing, moist environment treatment.

INTRODUCCIÓN

La gangrena de Fournier es una enfermedad caracterizada por una fascitis necronizante de la región perineal y genital, producida por una infección polimicrobiana en pacientes inmunodeprimidos. La presentación clínica es variable:

- ▶ Dolor local.
- ▶ Rápida afectación de la piel y tejidos subcutáneos.
- ▶ Sepsis sistémica.

Es una emergencia quirúrgica, ya que ésta entidad compromete la vida de los pacientes con una mortalidad entre el 5% y el 40%.

El apósito de hidrofibra (aquacel ag) presenta diversas ventajas para el tratamiento local de las heridas producidas por la gangrena de Fournier.

- ▶ Reduce el nivel de exudado de la herida y atrapa las bacterias contenidas en él.
- ▶ Absorbe el fluido de la herida y crea un gel suave que mantiene un ambiente de cura húmeda que ayuda el desbridamiento autolítico y favorece el proceso de cicatrización.
- ▶ Ayuda a proteger la piel perilesional, contribuyendo a reducir el riesgo de maceración.
- ▶ Permite una retirada atraumática sin dañar el tejido recientemente formado.
- ▶ Se adapta perfectamente eliminando los espacios muertos de la superficie de la herida que puedan albergar bacterias.
- ▶ Este apósito presenta actividad antimicrobiana sostenida durante todo el tratamiento de la lesión hasta la cicatrización de la misma.

OBJETIVOS

Comprobar las ventajas del apósito de hidrofibra en el tratamiento de heridas de pacientes afectados por gangrena de Fournier:

- ▶ Disminución del dolor del paciente durante el uso del apósito.
- ▶ Recuperación de la pérdida de la integridad cutánea.
- ▶ Reducción del tiempo de cicatrización.
- ▶ Resolución de la infección.
- ▶ Es coste-efectivo.
- ▶ Reducción de los tiempos de enfermería y estancia hospitalaria.
- ▶ Aumenta el confort y calidad de la vida del paciente.
- ▶ Favorece el cierre rápido y estético de la lesión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trataron tres pacientes a los que inicialmente se realizó desbridamiento quirúrgico de las lesiones, realizadas por el facultativo. Las demás curas fueron realizadas por el personal de enfermería, según protocolo consensuado con el personal médico. Se siguió el siguiente procedimiento:

MATERIAL

- Guantes estériles.
- Gasas y paños estériles.
- Instrumental de curas estéril.
- Solución salina.
- Apósitos hidrocoloides.
- Apósitos de hidrofibra de hidrocoloide con plata.

PROCEDIMIENTO

- Lavado de manos según protocolo del complejo hospitalario.
- Colocación de guantes.
- Limpieza de la herida con solución salina más aplicación de aquacel ag más apósito de hidrocoloide.
- Durante los tres primeros días, las curas se realizaron dos veces al día, debido a que presentaban abundante sudado, el lecho de la herida necesitó desbridamiento quirúrgico del tejido necrótico y de esfacelación, éste

desbridamiento es realizado por el personal de enfermería en la habitación del paciente.

- En la segunda semana, las curas se realizan cada 24 horas debido a la disminución del exudado de la herida.
- En la tercera semana, las curas ya se realizan cada tres días ya que la herida presenta tejido de granulación sin exudado, ni zonas necróticas.
- El paciente es dado de alta hospitalaria a los 20 días, realizándose curas cada 6 días en la consulta hospitalaria de urología.

Estos pacientes también fueron tratados con antibiotioterapia de amplio espectro y aporte nutricional.

En estos pacientes es importante controlar las heridas si:

- El lecho de la herida presenta fibrina.
- El lecho de herida presenta placa necrótica (incisión con bisturí más cura húmeda).
- Controlar la infección.
- Estimular la cicatrización y reepitalización de la herida.

CASO 1

Paciente portador de colostomía izquierda y portador de sonda vesical permanente de silicona que presenta uretra distal abierta por decúbito crónico de la sonda y que acude por ulceración necrótica con avistamiento de la sonda en la porción de la uretra bulbar secundaria probablemente a periuretritis con afectación posterior de los planos musculo-cutáneos del periné.

Tratamiento mediante desbridamiento quirúrgico y autolítico de tejidos necróticos.

Caso 1



CASO 2

Paciente de 67 años con enolismo crónico importante, hepatopatía crónica, hipertensión crónica, fumador de 40 cigarrillos/día, portador de sonda vesical permanente.

Presenta aumento de volumen del contenido escrotal con cambios inflamatorios y necróticos de la piel, úlcera en escroto.

Tras desbridamiento quirúrgico de una amplia área de escroto y zona perineal se realiza cura húmeda.

A los 15 días la lesión presenta buen aspecto. Posteriormente se realizó sutura de la herida sin complicaciones posteriores.



Caso 2

CASO 3

Paciente de 45 años que es remitido por infección urinaria persistente e inflamación perineal. Antecedentes de enolismo crónico, trastorno psiquiátrico compatible con demencia alcohólica e incontinencia de orina, por lo que portaba sonda vesical permanente.

Presenta ulceración de la uretra anterior a nivel del periné por decúbito de la sonda, fascitis necronizante, por periuretritis aguda, que se extiende por pene, escroto, periné y área prepúbica.

Se trató con antibiotioterapia combinada (habitual de infecciones poli-microbianas) y desbridamiento de las zonas necróticas más cura húmeda. Tras granulación de los tejidos afectados se practica plastia peneana sin objetivo cosmético ni funcional, dada la situación funcional del paciente.

Resultado: el paciente es dado de alta a los 20 días con derivación urinaria suprapúbica permanente.

Caso 3





**SE TRATARON
TRES PACIENTES
A LOS QUE INICIALMENTE
SE REALIZÓ
DESBRIDAMIENTO
QUIRÚRGICO DE
LAS LESIONES,
REALIZADAS POR EL
FACULTATIVO.
LAS DEMÁS CURAS
FUERON REALIZADAS
POR EL PERSONAL
DE ENFERMERÍA,
SEGÚN PROTOCOLO
CONSENSUADO CON
EL PERSONAL MÉDICO**

CONCLUSIONES

- Infección curada en el 100% de los casos.
- Ningún éxitus.
- Descenso en el número de curas en un 50%.
- No necesidad de analgesia postcura.
- Ingresos más cortos.
- Ninguna lesión precisó desbridamiento quirúrgico secundario, ni cirugía reconstructiva.
- El apósito aquacel ag puede permanecer hasta 7 días en la herida.
- Mayor tiempo de uso que la gasa.
- Menos cambios de apósito, que lleva a menos dolor. ▼

