

"La INNOVACIÓN, un compromiso
en la era del conocimiento"

15-17 Noviembre 2006

Auditorio de ZARAGOZA
Palacio de Congresos



DEFENSA ORAL DEL POSTER POR C. LLOPICO MARCH
Enfermera UHD Hospital La Plana

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE LA GANGRENA DE FOURNIER

Garcia Rubert. G, Gomez Pedro.J, Llopico March.C, Montes Cordova. B, Parra Guanter. G.

Villan Nuñez. E.(1)

Rosselló Llerena. J. (2)

(1) Equipo de Enfermería de la Unidad de Hospitalización a Domicilio
(2) Diplomado en Enfermería del Centro de Salud San Agustín

— Domicilio del Hospital de la Plana, Villarreal
— Castalla de Castellón.

— Castellón.

INTRODUCCION

La gangrena de Fournier se describe como una infección necrosante subcutánea. Afecta a la zona genital, perineo y pared anterior del abdomen. De origen urogenital o ano rectal, aparecen implicados gérmenes aerobios y anaerobios. Se trata de una alteración cutánea de evolución grave y que, potencialmente, es letal para el paciente que la padece. Afortunadamente la frecuencia de aparición es escasa, de hecho, en los últimos tres años de experiencia en el servicio de Hospitalización a domicilio del Hospital de la Plana tan solo tenemos documentado un caso más aparte del documentado.

OBJETIVOS

1. Valorar la bonanza de la cura fisiológica en el tratamiento de la Gangrena de Fournier.
2. Valorar la efectividad de la aplicación conjunta de derivados de colágeno con ácido hialurónico en el tratamiento de lesiones de torpida evolución
3. Valorar los resultados, tras la unificación de criterios, en una Unidad de Hospitalización a Domicilio.

MATERIAL Y METODO

Se presenta un estudio observacional prospectivo y no comparativo. El caso se refiere a un paciente varón de 68 años.

Al ingreso en nuestra unidad el tratamiento local planteado fue acorde al momento cicatricial (cura fisiológica).

La terapéutica local, se fundamento en la aplicación de:

- Suero Fisiológico
- Clorhexidina
- Ácido Hialurónico
- Polvo y Lámina de Colágeno (Catrix®, Antema®)
- Malla de Poliéster con vaselina y carboximetilcelulosa (Urgotul®)
- Gasas con tiras adhesivas

La recogida de datos se realizó mediante la H^a Clínica protocolizada, junto con la documentación fotográfica digital.

RESULTADOS

La duración del proceso hasta su total cicatrización fue de setenta y ocho días.

CONCLUSIONES

Por todo lo expuesto se evidencia la necesidad de determinar el momento Cicatricial de cualquier lesión para aplicar el tratamiento más exacto. El estudio del proceso de cicatrización así como el consenso y unificación de criterios, confiere un punto base del trabajo en futuros casos de tan elevada gravedad.

7 de Junio del 2005

Nuestro agradecimiento a Ivan Julian Rochina y a la Dirección del Hospital

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA GANGRENA DE FOURNIER

INTRODUCCION



La Gangrena de Fournier se describe como una infección necrosante subcutánea. Afecta a la zona genital, perineo y pared anterior del abdomen. De origen urogenital o ano rectal, aparecen implicados gérmenes aerobios y anaerobios. Se trata de una alteración cutánea de evolución grave y que, potencialmente, es letal para el paciente que la padece. Afortunadamente la frecuencia de aparición es escasa, de hecho, en los últimos tres años de experiencia en el servicio de Hospitalización a domicilio del Hospital de la Plana tan solo tenemos documentado un caso más aparte del documentado.

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA GANGRENA DE FOURNIER

OBJETIVOS



1. **Valorar la bonanza de la cura fisiológica en el tratamiento de la gangrena de Fournier.**
2. **Valorar la efectividad de la aplicación conjunta de derivados de colágeno con ácido hialurónico en el tratamiento de lesiones de torpida evolución.**
3. **Valorar los resultados, tras la unificación de criterios, en una Unidad de Hospitalización a Domicilio.**

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA GANGRENA DE FOURNIER

MATERIAL Y METODOS



Se presenta un estudio observacional prospectivo y no comparativo. El caso se refiere a un paciente varón de 68 años, sin antecedentes de interés. Tras ingresar de urgencias por un cuadro séptico se diagnostico una Gangrena de Fournier, que afectaba a escroto, perine y flanco derecho del abdomen. Durante la intervención quirúrgica de resección se diagnostico de forma casual, una neoplasia de recto distal abcesificado con adenopatías, metástasis pulmonares y derrame pleural, realizando una colostomía de descarga. Al ingreso en nuestra unidad el tratamiento local planteado fue acorde al momento cicatricial (cura fisiológica). Tras el desbridamiento, ya en fase anabólica, la terapéutica local se fundamento en la aplicación de ácido hialurónico así como polvo y lámina de colágeno (Catrix®, Antema®). Para controlar la colonización bacteriana se aplico durante toda la evolución clorhexidina, como apósito primario usamos una malla de poliéster con vaselina y carboximetilcelulosa en su estructura interna (urgotul®) y como aposito secundario gasa hidrofíla, sustentados todos ellos con tiras adhesivas.

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA GANGRENA DE FOURNIER

RESULTADOS



El seguimiento del paciente discurrió desde el 21 de Marzo de 2005 hasta el 7 de Junio de 2005, (78 días), coincidiendo con la cicatrización total de la lesión.

El tiempo previo de evolución fue de 54 días (ingreso hospitalario el 25 de Enero de 2005), durante el cual las curas diarias se realizaban con mechado de gasa hidrófila y povidona yodada.

Debido a la escasa incidencia y a la gravedad de este tipo de lesiones no hemos podido realizar un estudio retrospectivo comparativo respecto al tiempo cicatricial.

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA GANGRENA DE FOURNIER

CONCLUSIONES



Por todo lo expuesto se evidencia la necesidad de determinar el momento cicatricial de cualquier lesión para aplicar el tratamiento más exacto. Ya en la fase anabolica el uso de productos derivados del colágeno y ácido hialurónico, coincidiendo con la composición del tejido conectivo, nos parece ineludible. De otra parte la clorhexidina, con un elevado coeficiente fénolico, se ha mostrado como un antiséptico de elección al evitar, además, la precipitación de las estructuras proteicas que aparecen en el tejido neoformado. Mención a parte queremos realizar al apósito primario aplicado, que permitió el paso a través del exudado sin obtener adherencia alguna al lecho de la herida. El éxito obtenido, aunque individual, en la cicatrización de esta lesión constituye un estímulo importante para todos los componentes de esta unidad, donde el estudio del proceso de cicatrización así como el consenso y unificación de criterios, confiere un punto base del trabajo en futuros casos de tan elevada gravedad.

- **Agradecemos el apoyo y la paciencia de la familia del paciente para realizar este estudio.**