

EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL MANEJO AVANZADO DE UN PACIENTE CON FASCITIS NECROSANTE

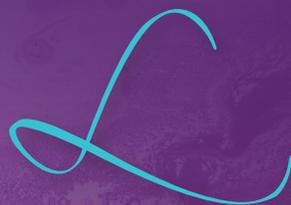
AUTORAS

Daniela Espinoza Padilla^a, Dainere Rigaud Mendoza^b, José M. Gallardo Desriviers^b, M. Gabriela García Moraga^a.

a. Enfermeras Servicio de Cirugía Adultos Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, Sexta Región, Chile.

b. Cirujanos Servicio de Cirugía Adultos Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, Sexta Región, Chile.

Correspondencia a Daniela Espinoza Padilla: daniiespinoza92@gmail.com



La fascitis necrosante es una emergencia quirúrgica, requiere un diagnóstico rápido, manejo quirúrgico inmediato, tratamiento antibiótico y soporte hemodinámico¹.

Se produce por una infección de la piel y partes blandas superficiales que progresan de manera rápida y agresiva, afectando a la fascia y al tejido muscular, provocando una extensa necrosis que puede aumentar la probabilidad de shock séptico y fracaso multiorgánico². La fisiopatología se explica por la interacción entre los factores de defensas locales y sistémicas del huésped, más la virulencia del germen³. Los resultados estadísticos de la patología muestran que el promedio de intervenciones quirúrgicas es $4,14 \pm 3,98$ de cirugías, y la estancia hospitalaria media es de $23,14 \pm 16,44$ días y la tasa de mortalidad global es de 47,62%¹.

Palabras clave: Fascitis necrosante, trasplante autólogo, tratamiento.

Propósito: Comparar los resultados alcanzados en una institución de salud pública con los obtenidos en los artículos revisados.

Fuente de financiamiento: Insumos entregados por Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins.

Declaración de conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Los autores obtienen consentimiento informado del paciente referido al caso clínico, el que se encuentra en poder de ellos.

METODOLOGÍA

Paciente masculino de 46 años, con antecedentes quirúrgicos de ureteroplastia hace 20 años y policonsumidor de sustancias ilícitas. El 31 julio de 2022 acude al servicio de urgencia por cuadro de 2 semanas de evolución con dificultad para orinar, presencia de celulitis en la zona suprapúbica, secreción purulenta y necrosis en el saco escrotal. Se evalúa por cirujano quien realiza aseo quirúrgico solo en saco escrotal e inicia tratamiento antibiótico con Ampicilina Sulbactam por 7 días, sin respuesta clínica, por lo que se decide manejo en la Unidad de Paciente Crítico (UPC) requiriendo posteriormente 5 nuevos aseos quirúrgicos en pabellón y 1 instalación de cistostomía en centro de especialidades urológicas. Una vez estabilizada la condición clínica del paciente, se aplicó la Valoración de Carga Bacteriana (VACAB) determinando infección, con presencia de exudado purulento, mal olor, 40% de tejido esfacelado en bordes, zona medial con 30% de tejido necrótico, y el resto 30% de tejido de granulación con eritema perilesional y calor local, Fotografía 1. El paciente inicia las curaciones avanzadas el 05 de agosto 2022, posterior a la necrectomía en la zona inguinal y suprapúbica. Respecto al protocolo de curación, se realizó arrastre mecánico de la piel con solución fisiológica 0.9% más clorhexidina jabonosa 2% en la piel perilesional y la herida, dejándola actuar por 3 minutos. Luego, se realizó desbridamiento quirúrgico con pinza quirúrgica y tijeras a tolerancia del paciente, se aplicó en la piel perilesional protector cutáneo, se utilizó una hidrofibra con plata como apósito primario con función bactericida, el apósito secundario fue uno tradicional que se fijó con tela de rayón, realizando este procedimiento los primeros 3 días de forma diaria y luego cada 48 horas durante 2 semanas. El 19 de agosto 2022 se reevalúa VACAB y la herida se encuentra en colonización crítica utilizándose un apósito primario de Cloruro de dialquilcar-

bamoilo por sus propiedades bacteriostáticas. El 26 de agosto de 2022, la herida evolucionó hacia la fase proliferativa con VACAB con colonización baja presentando 100% del tejido de granulación, secreción serosa y exudado abundante. El protocolo de curación consistió en realizar arrastre mecánico con duchoterapia con solución fisiológica al 0.9% en herida y piel, más jabón pH neutro en piel perilesional. Se aplicó protector cutáneo en la piel perilesional, como apósito primario se utilizó alginato de calcio por sus propiedades para absorber el exudado abundante, el apósito secundario fue un apósito tradicional que se fijó con tela de rayón, repitiendo este procedimiento 3 veces por semana, Fotografía 2. El día 01 de septiembre de 2022 el paciente recibe un trasplante autólogo de piel en la zona inguinal y suprapúbica que resultó sobre un 90% exitoso; sin embargo, su hospitalización se prolongó por la falta de cobertura del testículo de-



recho, del que posteriormente se realizó exéresis completa, presentando necrosis del colgajo, requiriendo curaciones avanzadas en primera instancia con miel grado médica y cloruro de Dialquilcarbamoilo durante la fase inflamatoria y luego tul de silicona en la fase proliferativa, hasta lograr la cicatrización, Fotografía 3, y la zona del injerto prendido se manejó al descubierto sobre un campo estéril, más alza ropa y con la aplicación de ácido graso hiperoxigenado (AGHO) 3 veces al día.

Respecto al manejo de la zona dadora se realizaron trasplantes autólogos de la zona de la espalda; esta zona se descubrió a los 5 días por el exudado moderado (hemático) y no a los 7 días según la indicación médica. Se realizó curación cada 72 horas con tul de silicona, logrando la epitelización alrededor de las 3 semanas.

RESULTADOS

La educación al paciente y su familia fue fundamental para que pudieran lograr comprender la



magnitud del problema de salud y para lograr la cicatrización. Se realizaron en total 25 curaciones avanzadas y luego revisión diaria de los injertos (por exposición a humedad). Al paciente se le realizaron 8 intervenciones quirúrgicas que están dentro del promedio establecido; sin embargo, se excede la estancia hospitalaria que establece un máximo de 39,58 días referidos en la literatura. El paciente egresó a su domicilio a los 67 días con una cistostomía y control por especialidades médicas (urología, medicina rehabilitacional y cirugía plástica) programado para recibir atenciones de forma ambulatoria.

DISCUSIÓN

Es importante contar con una unidad especializada y protocolos de cuidados relacionados al manejo de heridas, úlceras, injertos y colgajos a nivel institucional. En relación a esto, el Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins está formando un Comité de Heridas y Úlceras desde agosto 2022 dedicado al manejo de estos pacientes y ha trabajado en la creación de manuales y protocolos apoyados en la práctica y enfermería basada en evidencia para fortalecer estas prácticas.

La experiencia del manejo de este caso sirvió a la institución para abordar otros casos y optimizar los tiempos en su tratamiento y recuperación. Además, el trabajo coordinado entre el equipo multidisciplinario permite la reinserción familiar y social del paciente.

REFERENCIAS

1. Mendoza C, Salvo S, Luque P, Condado H, Gonzalo MA, Algarate S. Fascitis necrotizante y síndrome del shock tóxico por *Streptococcus pyogenes* tras inyección intramuscular. *Rev Esp Quimioter* [Internet]. 2019 Oct [citado 2023 Ene 25]; 32(5):473-474. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31535541/>
2. Pérez-Sánchez, I., Martínez-Gil, L., Piqueras-Vidal, P.M., Pont-Gutiérrez, C., R. Cebrián-Gómez, Montoza-Núñez, J.M., Fascitis necrosante: experiencia de manejo en las últimas dos décadas en nuestro centro. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología* [Internet], 66 (6), November–December 2022, Pages 429-437. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.recot.2021.12.009>
3. Ferrer Lozano Yovanny, Morejón Trofimova Yanett. Fascitis necrosante. Actualización del tema. *Medisur* [Internet]. 2018 Dic [citado 2023 Ene 25]; 16(6): 920-929. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000600015&lng=es.

Caso Clínico Carcinoma Basocelular de Pared Abdominal

Atención de Enfermería Domiciliaria
Valparaíso, V región. Chile.

Antecedente del Caso:

Paciente masculino de 64 años, EPOC, tabaquismo por más de 40 años suspendido actualmente. En 2010, evoluciona con lesión neoplásica en pared abdominal, diagnosticado como Carcinoma basocelular escamoso infiltrante. Se resecta quirúrgicamente y administran 5 sesiones de radioterapia. Actualmente, en tratamiento con Zopiclona (1 c/24hrs.) y Ezomeprazol (1 c/24hrs.). Usuario con pronóstico fuera del alcance terapéutico y en cuidados paliativos, abandona controles en atención terciaria. Presenta **lesión en pared abdominal flanco derecho**, que es manejado actualmente en domicilio por paciente y familia, tres veces al día.

Objetivo: Lograr mejorar condiciones de la lesión cutánea neoplásica, para mejorar la calidad de vida del paciente.

Método:

Lesión en flanco derecho con **lecho sangrante, exudado de mal olor muy abundante y turbio, que requirió cambios frecuentes de la cobertura y apósitos. Debido a múltiples cambios de adhesivo, la piel perilesional estaba macerada, retraída, de aspecto fibrosado y dolorosa en cada retiro de la fijación. En algunas zonas, con bordes escamosos.** Se definió realizar seguimiento con curaciones diarias, para ir distanciando la frecuencia. Se realizó higiene de la herida con suero fisiológico más limpiador de heridas. Se protegieron bordes con polímeros de acrilato en spray (Cutimed® Protect) y lubricación de piel con emoliente en zonas descamadas. Se cubrió con apósito antimicrobiano DACC (Cutimed® Sorbact®) en presentación malla y apósito súperabsorbente con tecnología Hydration Response (Cutimed® Sorbion® Sachet S) para disminución de carga microbiana y absorción del exudado abundante. Se fija con venda gasa no tejida con adhesivo de silicona para pieles delicadas y un retiro atraumático (Fixomull® Skin Sensitive).

Resultado:

Evolución favorable con disminución del olor, exudado escaso, reducción del tamaño de la lesión (1,5x1,5x0,5cm.). Piel sin eritema ni dolor al retiro. Disminución de la frecuencia de curaciones avanzadas 3 veces al día a 2 veces por semana. Actualmente, sólo se realizaba aseo de la lesión durante su ducha diaria y cobertura con malla Sorbact® y/o gasa. Se aplicó instrumento FACIT para evaluar calidad de vida: “Lo bueno es que no me ensucia”, “No me dolía cuando me lo sacaban”, “Recomendaría este tratamiento a otra persona con la misma enfermedad”.

Conclusión:

El tratamiento de pacientes en cuidados paliativos y con lesiones por procesos oncológicos tiene como meta terapéutica mejorar la calidad de vida y condiciones del lecho de la herida, no siempre teniendo como objetivo el cierre de la lesión. Para disminuir el olor, exudado y riesgo de infección, es necesario el uso de antimicrobianos con mecanismo de acción físico (Cutimed® Sorbact®), súperabsorbentes que controlen olor y humedad excesiva (Cutimed® Sorbion®) y fijaciones suaves de silicona que eviten el dolor asociado al retiro (Fixomull® Skin Sensitive).

NOVIEMBRE 2022



ABRIL 2023



Productos Utilizados:

Cutimed® Sorbact®

Cutimed® Sorbion®

Fixomull® skin sensitive