

MANEJO DE HERIDA POR EXTRAVASACIÓN DE QUIMIOTERAPIA A TRAVÉS DE CATÉTER CON RESERVORIO SUBCUTÁNEO

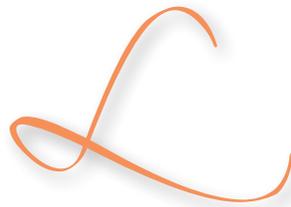
AUTORA

Lorena Hidalgo

Enfermera clínica, Servicio Cirugía Adulto – Hospital de Día.

Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

Correspondencia a hidalgo.lorena@gmail.com



La vía endovenosa es generalmente la más utilizada para administrar tratamiento al paciente oncológico; dentro de ellas, una de las opciones que existe es utilizar un catéter subcutáneo con reservorio, que es un acceso que conecta una vena central de grueso calibre a una cápsula colocada en el tejido adiposo, la que se ubica generalmente en la región torácica, a través de un Gripper (aguja especial).

Un evento poco frecuente que se puede producir es la extravasación de quimioterapia, el cual genera un gran impacto tanto como para la salud del paciente como para su calidad de vida. Podemos definir este suceso como “la salida no intencionada de un citostático durante su administración hacia el espacio perivascular y subcutáneo”. El daño producido puede manifestarse por signos como eritema e induración con dolor hasta una necrosis de la dermis¹.

El uso de apósitos antimicrobianos en el tratamiento de heridas infectadas permite reducir la carga microbiana en estas heridas, favoreciendo el proceso de cicatrización², lo que se traduce en acortar los tiempos de cicatrización, mejorar el manejo de la herida y en una recuperación del paciente en menor tiempo.

Palabras clave: Extravasación, quimioterapia, herida, curación.

Propósito: Describir el manejo de una herida operatoria colonizada producto de la extravasación de quimioterapia a través de catéter con reservorio subcutáneo.

Fuente de financiamiento: Hospital y familiar.

Declaración de conflictos de interés: La autora declara no tener conflictos de interés.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: La autora ha obtenido el consentimiento informado del paciente referido en este caso clínico, el que se encuentra en poder de ella.

METODOLOGIA

Paciente femenina de 71 años, Ca mama, hipertensión, insuficiencia renal crónica sin hemodiálisis. Ingresa al hospital para retiro de catéter de quimioterapia infectado producto de extravasación de terapia neo adyuvante. Es sometida a dos cirugías (en primera instancia se realiza retiro de catéter con reservorio y como segunda intervención se le realiza aseo quirúrgico producto de colonización de la herida operatoria), la paciente se hospitaliza, recibe terapia antibiótica y curaciones avanzadas. Tras mejorar las condiciones generales de la paciente es derivada a la Unidad de Hospital de Día para continuar manejo ambulatorio. Al ingreso la paciente presenta herida cavitada de aproximadamente 10cm de diámetro, 90% tejido esfacelado, borde eritematoso, exudado abundante, purulento y de mal olor. Herida infectada según clasificación de carga bacteriana³, Fotografía 1. Se toma cultivo de tejido por solicitud de médico tratante, obteniendo como resultado desarrollo de SAMR, por lo cual recibe tratamiento antibiótico con vancomicina 1g c/12h por 14 días.

En una primera instancia se maneja paciente con curaciones diarias donde se realiza duchoterapia



con solución fisiológica 0.9% en conjunto con lavado con jabón de clorhexidina al 2%, desbridamiento quirúrgico con bisturí y se aplica apósito de tull con plata. Tras 12 días de curación se observa un notable avance en la recuperación, la herida presenta bordes sanos e indemnes y disminución considerable del exudado y tejido esfacelado, Fotografía 2; se procede a cambiar la dinámica de curación, esta vez realizando la curación c/48 h, realizando lavado con jeringa y aguja con SF 0.9% solamente, se aplica gasa impregnada con PHBM por 15 minutos aproximadamente, se deja hidrogel y apósito de malla de poliéster impregnada con polímeros de hidrocoloides por dos semanas, luego se cambia nuevamente la dinámica y materiales de curación, incorporando protección cutánea en los bordes de la herida y uso de ácidos grasos hiperoxigenados en piel circundante, y como apósito primario, uso de rege-

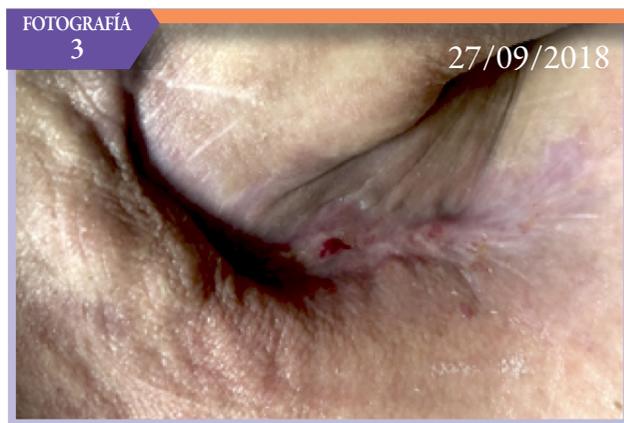
neradores de tipo colágeno. Es así como tras casi cuatro meses de curación es posible observar una herida disminuida en diámetro con 100% tejido granulatorio, para luego lograr la cicatrización y cierre de la lesión.

RESULTADOS

Después de casi cuatro meses de tratamiento se consigue 100% de cicatrización, Fotografía 3.

CONCLUSION

Los citostáticos en contacto con la piel dañan los tejidos perivascular y subcutáneo. El manejo de curación avanzada por el personal de enfermería



ayuda considerablemente en la recuperación del paciente, dado el uso adecuado de los distintos apósitos que ofrece el mercado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Toril Rubio Marina, Rodríguez Borrego María Aurora. Revisión sistemática de las complicaciones de los dispositivos de administración de tratamiento al paciente oncológico. *Enferm. glob.* [Internet]. 2017 [citado 2018 Sept 09]; 16(46): 544-561. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000200544&lng=es. Epub 01-Abr-2017. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.251571>.
2. Fidalgo Pernía J., Valles Fustero AC., López-Jurado Marqués I. Apósitos antimicrobianos de nueva generación: ¡al combate! *Sanid. Mil.* [Internet]. 2017 Jun [citado 2019 Sept 09]; 73(2): 113-120. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712017000200113&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/s1887-85712017000200007>.
3. Ministerio de Salud de Chile. Orientación Técnica Manejo Integral del Pie Diabético. 2018; (43-44)