

UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA UNIVERSIDAD DE CHILE - CAMPUS SUR - MARZO 2025.

Dr. Cristian Fercovic M.
Traumatólogo Art. 44 turno jueves HBLT
Profesor Asistente Depto. de Traumatología y Ortopedia U. Chile.
Coordinador unidad de traumatología Campus Sur.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON INFECCIONES MEDIANTE HBOT

Códigos CIE 10 incluidos: B57.5 - A18.0 - I 70.2 - L 03.0 a 03.9 - M 86 desde 0 a 9 - M72.6
A48.0 (gangrena gaseosa) R02 (gangrena no clasificada en otra parte) E10.5 (DM1 con complicaciones circulatorias periféricas) E11.5 (DM2 con complicaciones circulatorias periféricas) I83.0 I83.2 (venas varicosas con úlcera) L97.4 L97.5 (úlceras de talón y pie no clasificada en otra parte) L98.4 (úlceras crónicas de la piel no clasificada en otra parte)

Dirigido a ;

- * Médicos tratantes de traumatología ,cirugía , medicina , intensivo y urgencia
- * Enfermera coordinadora
- * Jefaturas de servicio
- * Encargada medicina domiciliaria

Antecedentes.

Existe evidencia de uso y beneficio de HBOT en osteomielitis crónica, celulitis, fascitis necrotizante, gangrena y aplastamiento de extremidades en contexto de tratamiento intensivo o al menos de tratamiento antibiótico. También existe evidencia de uso y beneficio de HBOT en lesiones traumáticas de extremidades con circulación limitada, en lesiones no traumáticas tales como el pie diabético y en úlceras cutáneas de origen vascular con o sin infección local.

Diagnóstico y epidemiología.

Es dependiente de cada cuadro infeccioso o vascular en particular. Comprende lesiones de alta letalidad como la fascitis necrotizante y otras de alta frecuencia como las úlceras crónicas de extremidades . Algunas son de alta frecuencia y letalidad como el pie diabético.

Los pacientes serán visitados en sala o atendidos en forma ambulatoria combinando atención por medicina domiciliaria y atención por especialidad disponibles en policlínico Luis Hervé que verificará el diagnóstico, la integralidad del manejo y la pertinencia de HBOT.

Atención de agudos

Constituye un tipo de atención compleja de HBOT para paciente único no ambulatorio, asistido y dependiente de personal sanitario. Sesión con ingreso de camilla y personal entrenado en HBOT (TENs, médico, enfermero) y médico de cámara.

Atención de crónicos

Constituida por atenciones de HBOT para 1 a 4 pacientes. Sesión con o sin personal de hospital presente para pacientes provenientes de sala o de domicilio adscritos a medicina ambulatoria HBLT. Implica la realización de procedimientos de curación o atención de heridas

para aseptización y control de contaminación cruzada. Ejecución en sala de procedimientos consultorio Luis Hervé.

Atención de pacientes en evolución.

En el periodo entre aseos quirúrgicos y bajo terapia antibiótica específica se podrán realizar sesiones de HBOT en número de 1 a 3 preferentemente en la primera sesión de la mañana en días lunes a viernes entre 8 y 11 am.

NOTA: Sesiones de urgencia en días y horarios inhábiles requieren proceso administrativo anexo. La atención de pacientes agudos en tratamiento por infecciones graves implica adecuación de la cámara misma y su personal a paciente único, de riesgo y contaminante. Esta adaptación implica manejo conjunto y capacitación compartida en HBOT con técnico paramédico, enfermera y médico de urgencia o intensivo que acompañan al paciente.

Osteomielitis crónica de huesos largos:

En osteomielitis crónica de fémur, tibia y húmero se indica ingreso hospitalario programado con registro de fístula o áreas fistulosas, cultivos y antibioticoterapia específica más derivación a oxigenoterapia desde el inicio por 10 sesiones (primera etapa) con curaciones y aseptización local por médico traumatólogo. La realización de curetaje quirúrgico según evolución. En caso de cirugía, reinicio de sesiones posterior a retiro de drenajes (adaptación del protocolo del instituto Fukushima -Japón). Total de 30 sesiones.

Osteomielitis crónica de otras localizaciones:

En otras OMC se propone realizar el aseo quirúrgico, biopsia y cultivos y se envía al paciente a sesiones de HBOT en la etapa de antibioticoterapia definitiva - específica en curso.

Espondilodiscitis séptica:

Certeza diagnóstica mediante RNM , cintigrafía con leucocitos marcados .

Seguimiento de evolución con parámetros sépticos.

Considerar opción de HBOT como parte del manejo médico y 48 hrs después de iniciada la terapia antibiótica y una vez descartada la indicación quirúrgica (abierta o por punción) debido a colección , compromiso neurológico o inestabilidad mecánica. Se ofrecerá :10 sesiones , una por día , con evaluación clínica y parámetros inflamatorios luego de la décima sesión .

Infecciones graves de partes blandas:

En Infecciones necrotizantes de partes blandas de extremidades y región perineal se propone realizar sesiones de HBOT entre aseos ajustándose a protocolo para pacientes agudos. La determinante principal será la estabilidad hemodinámica, ventilatoria y metabólica del paciente.

Infecciones crónicas cutáneas.

En pie diabético y úlceras crónicas de extremidades se propone atención colectiva en modalidad de pacientes crónicos con la salvedad de practicar aseptización local de las lesiones en sala de procedimientos de consultorio Luis Herve por especialista.

El rol de HBOT debe ser considerado como coadyuvante a la terapia farmacológica y / o quirúrgica en el curso del manejo integral de los infectados; lo que incluye control metabólico, nutricional, kinésico y de compensación de patologías sistémicas. Aunque el rol de HBOT en

infección por anaerobios es relevante, la administración de oxigenoterapia hiperbárica estará siempre asociada a tratamiento antibiótico y aseo quirúrgico, drenaje de colecciones y extracción de cuerpos extraños.

Contrarreferencia:

Cumplidas las sesiones de HBOT en modalidad agudo, por 10 o 30 se realizará evaluación clínica, imagenológica y de laboratorio que se informarán al equipo tratante en una derivación de retorno dirigida en interconsulta.