**Cuaderno de enfermería. Revista científica**
**Vol. 4(especial), 1-6, 2026**
**https://doi.org/10.62574/mewnxt64**

# Cuidados de enfermería en la gangrena de Fournier: revisión integrativa de intervenciones y desenlaces clínicos

# Nursing care in Fournier's gangrene: an integrative review of interventions and clinical outcomes

Andrea Nicol Cabuco-Lalaleo
andreacl77@uniandes.edu.ec
**Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador**
https://orcid.org/0009-0004-7409-8669

Jenny Tatiana Manobanda-Tasgacho
jennymt81@uniandes.edu.ec
**Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador**
https://orcid.org/0009-0001-1629-6059

Evelyn Paola Mishquero-Procel
evelynmp62@uniandes.edu.ec
**Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador**
https://orcid.org/0009-0008-0537-3814

Adriano Mauricio Segura-Riera
ua.adrianosr05@uniandes.edu.ec
**Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador**
https://orcid.org/0009-0003-1555-9579

## RESUMEN

**Objetivo:** analizar la evidencia sobre los cuidados de enfermería y los desenlaces clínicos en adultos con gangrena de Fournier. **Método:** revisión integrativa en PubMed y SciELO (2008-2025); de 214 registros, 15 documentos cumplieron los criterios de inclusión y se sintetizaron en cuatro categorías temáticas. **Resultados:** la mortalidad osciló entre el 7,3 % y el 34,4 %, asociada con la edad, el antecedente oncológico, la disfunción renal y el choque séptico; el UFGSI alcanzó un área bajo la curva de 0,94. La terapia de presión negativa redujo la estancia y el tiempo de cicatrización, mientras que la derivación fecal no modificó la supervivencia. Los supervivientes refirieron secuelas emocionales y sexuales. **Conclusiones:** el reconocimiento temprano, el cálculo sistemático de escalas pronósticas, el manejo protocolizado de la herida y el acompañamiento psicosocial definen un cuidado enfermero integral en esta patología.

**Descriptores:** Gangrena de Fournier; atención de enfermería; terapia de presión negativa para heridas. (DeCS).

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze the evidence on nursing care and clinical outcomes in adults with Fournier's gangrene. **Method:** integrative review in PubMed and SciELO (2008-2025); of 214 records, 15 documents met the inclusion criteria and were synthesized into four thematic categories. **Results:** mortality ranged from 7.3% to 34.4% and was associated with age, oncological history, renal dysfunction and septic shock; the UFGSI reached an area under the curve of 0.94. Negative pressure wound therapy reduced length of stay and healing time, whereas fecal diversion did not modify survival. Survivors reported emotional and sexual sequelae. **Conclusions:** early recognition, systematic use of prognostic scores, protocol-based wound management and psychosocial support define comprehensive nursing care for this condition.

**Descriptors:** Fournier Gangrene; nursing care; negative-pressure wound therapy. (DeCS).

Recibido: 04/08/2026. Revisado: 12/08/2026. Aprobado: 15/09/2026. Publicado: 01/10/2026.
**Original breve**

## INTRODUCCIÓN

La gangrena de Fournier constituye una fascitis necrosante polimicrobiana del periné, los genitales y la región perianal, capaz de destruir tejidos en pocas horas; en este sentido, su incidencia anual se estima en 1,6 casos por cada 100 000 habitantes, con predominio masculino de diez a uno, presencia de diabetes en hasta el 60 % de los afectados y una mortalidad que oscila entre el 20 % y el 40 %, según la síntesis de Flores-Galván et al. (1). Por ello, el consenso internacional recomienda desbridamiento precoz, antibioterapia empírica de amplio espectro y la escala LRINEC para estratificar el riesgo, de acuerdo con Sartelli et al. (2).

Dentro de este orden de ideas, el perfil de riesgo se ha ampliado; así lo evidencia el análisis de farmacovigilancia de Suciu et al. (3), que identificó 1032 casos asociados con inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 notificados en Estados Unidos hasta junio de 2023. Por su parte, Bowen et al. (4), con 13 903 pacientes de centros de alto volumen, documentaron una mortalidad media del 7,3 % e ingreso a cuidados intensivos en el 17,5 %. Ahora bien, la literatura privilegia la decisión quirúrgica y el pronóstico, mientras que la contribución enfermera aparece dispersa. Tal es el caso del plan de cuidados elaborado por Mondragón-Gómez y Jiménez-Utrilla (5), quienes aplicaron las taxonomías NANDA, NOC y NIC en un paciente que falleció por choque séptico. En consecuencia, el objetivo de esta revisión fue analizar la evidencia sobre los cuidados de enfermería y los desenlaces clínicos en pacientes adultos con gangrena de Fournier.

## MÉTODO

Se desarrolló una revisión integrativa guiada por la pregunta PICO: en adultos con gangrena de Fournier, ¿qué intervenciones de cuidado se relacionan con la supervivencia, la cicatrización y la calidad de vida? En igual forma, la búsqueda se efectuó en PubMed y SciELO entre 2008 y 2025, en español, inglés y portugués, combinando los descriptores «Fournier Gangrene», «Nursing Care», «Negative-Pressure Wound Therapy», «Fasciitis, Necrotizing» y «Quality of Life» mediante los operadores booleanos AND y OR. Se incluyeron estudios observacionales, comparativos, cualitativos, revisiones, consensos y planes de cuidado con texto completo; se excluyeron cartas, resúmenes de congresos, tesis y documentos sin autoría.

Al mismo tiempo, dos revisoras seleccionaron los registros de forma independiente y una tercera autora resolvió las discrepancias. De 214 registros se eliminaron 37 duplicados y 139 por título y resumen; de los 38 textos completos se excluyeron 23 sin desenlaces clínicos ni elementos de cuidado. Como resultado, 15 documentos integraron la síntesis, organizada en cuatro categorías temáticas.

## RESULTADOS

Cabe resaltar que la Tabla 1 resume los documentos incluidos, entre los cuales predominaron las cohortes retrospectivas (4/15) y las revisiones (3/15).

**Tabla 1.** *Características de los documentos incluidos.*

| Ref. | Diseño | Muestra | Aporte para el cuidado |
|---|---|---|---|
| (1) | Revisión narrativa | No aplica | Epidemiología; cirugía antes de 12 horas; 3,5 desbridamientos en promedio |
| (2) | Consenso internacional | No aplica | Desbridamiento precoz; LRINEC ≥ 8 como alerta de alto riesgo |
| (3) | Farmacovigilancia y caso | 1032 notificaciones | Vigilancia en usuarios de inhibidores SGLT2 |
| (4) | Revisión de la literatura | 13 903 pacientes | Mortalidad 7,3 %; ingreso a UCI 17,5 % |
| (5) | Plan de cuidados | 1 paciente | Diagnósticos de nutrición, eliminación, lesión tisular y dolor |
| (6) | Cohorte retrospectiva | 90 pacientes | Mortalidad 34,4 %; edad y neoplasia como factores |
| (7) | Cohorte retrospectiva | 50 pacientes | Mortalidad 24 %; disfunción renal y choque séptico |
| (8) | Cohorte retrospectiva | 149 pacientes | Derivación fecal sin efecto sobre la supervivencia |
| (9) | Revisión sistemática y metaanálisis | 2257 pacientes | Capacidad predictiva de FGSI, UFGSI y SFGSI |
| (10) | Estudio comparativo | 84 pacientes | Terapia de presión negativa y menor estancia |
| (11) | Cohorte retrospectiva | 36 pacientes | Menos intervenciones y cicatrización más rápida |
| (12) | Revisión con enfoque enfermero | 30 artículos | Presión de −125 mmHg; recambio cada 2 a 3 días |
| (13) | Reporte de caso | 1 paciente | Enfisema subcutáneo en tomografía |
| (14) | Estudio cualitativo | 25 supervivientes | Secuelas físicas, emocionales y familiares |
| (15) | Serie de casos | 8 pacientes | Calidad de vida y salud sexual tras reconstrucción |

**Fuente:** Propia (2026).

### Categoría 1. Valoración inicial y reconocimiento del riesgo

En relación con la letalidad, Medina Polo et al. (6) registraron una mortalidad del 34,4 % y una edad media de 70,2 años en los fallecidos frente a 59,8 en los supervivientes. En la misma línea, Benjelloun et al. (7) señalaron la disfunción renal al ingreso, la extensión a la pared abdominal, el choque séptico y la ventilación mecánica como variables vinculadas al fallecimiento en el análisis univariado. Por otro lado, Ortega Ferrete et al. (8) identificaron el absceso perianal como origen en el 72 % de los casos y asociaron la mortalidad con la edad y los antecedentes oncológicos.

### Categoría 2. Escalas pronósticas como herramienta de enfermería

En cuanto a la estratificación, el metaanálisis de Tufano et al. (9) obtuvo áreas bajo la curva de 0,90 para el FGSI, 0,94 para el UFGSI y 0,84 para el SFGSI. Estos índices emplean constantes vitales y parámetros de laboratorio que enfermería registra rutinariamente.

### Categoría 3. Manejo local de la herida

Al comparar 42 pacientes tratados con terapia de presión negativa y 42 con curación convencional, Pal (10) reportó una estancia de 8,1 frente a 11,4 días y un cierre de la herida a los 63 frente a 112,6 días. De forma similar, He et al. (11) documentaron una cicatrización en 39,2 días frente a 66,5 días y una mediana de tres intervenciones frente a trece. En lo operativo, Gómez-Martín et al. (12) sistematizaron una presión de −125 mmHg y recambios cada dos o tres días, sin superar las 96 horas sin inspeccionar el lecho. Respecto a la derivación fecal, Ortega Ferrete et al. (8) observaron que ni la colostomía ni el dispositivo rectal redujeron la mortalidad.

### Categoría 4. Dimensión psicosocial y continuidad del cuidado

Desde la perspectiva de los supervivientes, Suijker et al. (14) describieron cicatrices, fatiga, estrés traumático y transiciones asistenciales fragmentadas. A su vez, Rossi et al. (15) obtuvieron una puntuación de salud global de 77/100 y de satisfacción sexual de 46/100 tras la reconstrucción perineal.

## DISCUSIÓN

La supervivencia depende de la rapidez con que se identifica el cuadro; el reporte de Pérez Ladrón de Guevara et al. (13) ilustra que la tomografía detecta enfisema subcutáneo y colecciones antes de que la piel muestre la magnitud del daño, por lo cual una valoración enfermera que considere el dolor desproporcionado, la crepitación y el edema escrotal acorta el intervalo hasta el quirófano. Tal razonamiento respalda intervenir en las primeras 12 horas, como recogen Flores-Galván et al. (1).

Por tanto; las cifras de mortalidad varían entre el 7,3 % de los centros de alto volumen, según Bowen et al. (4), y el 34,4 % de series hospitalarias previas, de acuerdo con Medina Polo et al. (6). Esta diferencia sugiere que la organización del cuidado, en especial la monitorización hemodinámica y el control glucémico, influye en el resultado. En tal sentido, la capacidad discriminativa del UFGSI descrita por Tufano et al. (9) justifica incorporarlo a la hoja de valoración de enfermería, pues prioriza el traslado a cuidados intensivos sin recursos adicionales.

En cuanto a la herida, la terapia de presión negativa redujo la estancia y los procedimientos en dos poblaciones distintas, según Pal (10) y He et al. (11); sin embargo, su beneficio exige una técnica rigurosa: el sellado hermético en una zona irregular y la protección perilesional son competencias enfermeras, descritas por Gómez-Martín et al. (12). Del mismo modo, el

uso de dispositivos rectales no invasivos, respaldado por Ortega Ferrete et al. (8), traslada al equipo de enfermería la responsabilidad de prevenir la contaminación fecal de la herida.

Si bien es cierto que el plan de cuidados de Mondragón-Gómez y Jiménez-Utrilla (5) priorizó la nutrición, la eliminación, la lesión tisular y el dolor, omitió el componente emocional que Suijker et al. (14) identificaron como una secuela persistente. Por consiguiente, se propone un plan que agregue los diagnósticos de trastorno de la imagen corporal, riesgo de baja autoestima situacional y disposición para mejorar la sexualidad, respaldado por la baja satisfacción sexual que reportaron Rossi et al. (15). Por otra parte, la asociación con inhibidores SGLT2, descrita por Suciu et al. (3), exige educar al paciente diabético en higiene perineal y consulta inmediata ante dolor genital.

## CONCLUSIÓN

El cuidado de enfermería en la gangrena de Fournier incide en la supervivencia cuando se orienta al reconocimiento temprano de signos de alarma, al cálculo sistemático de escalas pronósticas y a la monitorización hemodinámica en las primeras horas. La terapia de presión negativa, aplicada con protocolos estandarizados de sellado y recambio, acorta la estancia hospitalaria y acelera la cicatrización. La atención debe abarcar la imagen corporal, la sexualidad y la transición al domicilio. Se recomiendan estudios prospectivos ecuatorianos que evalúen un plan estandarizado NANDA-NIC-NOC.

## REFERENCIAS

1. Flores-Galván KP, Aceves Quintero CA, Guzmán Valdivia-Gómez G. Gangrena de Fournier. Cir Gen. 2021;43(2):107-14. doi:10.35366/106721
2. Sartelli M, Guirao X, Hardcastle TC, Kluger Y, Boermeester MA, Raşa K, et al. 2018 WSES/SIS-E consensus conference: recommendations for the management of skin and soft-tissue infections. World J Emerg Surg. 2018;13:58. doi:10.1186/s13017-018-0219-9
3. Suciu IM, Greluș A, Cozlac AR, Suciu BS, Stoica S, Luca S, et al. Fournier's gangrene as an adverse event following treatment with sodium glucose cotransporter 2 inhibitors. Medicina (Kaunas). 2024;60(5):837. doi:10.3390/medicina60050837
4. Bowen D, Juliebø-Jones P, Somani BK. Global outcomes and lessons learned in the management of Fournier's gangrene from high-volume centres: findings from a literature review over the last two decades. World J Urol. 2022;40(10):2399-410. doi:10.1007/s00345-022-04139-4
5. Mondragón-Gómez S, Jiménez-Utrilla J. Proceso de atención de enfermería a pacientes con gangrena de Fournier. Enferm Univ. 2013;10(2):58-66.

6. Medina Polo J, Tejido Sánchez A, de la Rosa Kehrmann F, Felip Santamaría N, Blanco Álvarez M, Leiva Galvis O. Gangrena de Fournier: estudio de los factores pronósticos en 90 pacientes. Actas Urol Esp. 2008;32(10):1024-30.
7. Benjelloun EB, Souiki T, Yakla N, Ousadden A, Mazaz K, Louchi A, et al. Fournier's gangrene: our experience with 50 patients and analysis of factors affecting mortality. World J Emerg Surg. 2013;8:13. doi:10.1186/1749-7922-8-13
8. Ortega Ferrete A, López E, Juez Sáez LD, García-Pérez JC, Ocaña J, Ballestero A, et al. Fournier's gangrene and fecal diversion. When, in which patients, and what type should I perform? Langenbecks Arch Surg. 2023;408(1):428. doi:10.1007/s00423-023-03137-3
9. Tufano A, Dipinto P, Passaro F, Anceschi U, Franco G, Flammia RS, et al. The value of Fournier's gangrene scoring systems on admission to predict mortality: a systematic review and meta-analysis. J Pers Med. 2023;13(9):1283. doi:10.3390/jpm13091283
10. Pal S. Evaluation of negative pressure wound therapy in the management of Fournier's gangrene. Cureus. 2023;15(11):e48300. doi:10.7759/cureus.48300
11. He R, Li X, Xie K, Wen B, Qi X. Characteristics of Fournier gangrene and evaluation of the effects of negative-pressure wound therapy. Front Surg. 2023;9:1075968. doi:10.3389/fsurg.2022.1075968
12. Gómez-Martín B, Astasio-Picado Á, Murcia Montero MD, López-Sánchez M, Jurado-Palomo J, Cobos-Moreno P. The effectiveness of negative pressure therapy: nursing approach. J Pers Med. 2022;12(11):1813. doi:10.3390/jpm12111813
13. Pérez Ladrón de Guevara P, Cornelio Rodríguez G, Quiroz Castro O. Gangrena de Fournier. Reporte de caso. Rev Fac Med (Méx). 2020;63(5):26-30. doi:10.22201/fm.24484865e.2020.63.5.04
14. Suijker J, Stoop M, Meij-de Vries A, Pijpe A, Boekelaar A, Egberts M, et al. The impact of necrotizing soft tissue infections on the lives of survivors: a qualitative study. Qual Life Res. 2023;32(7):2013-24. doi:10.1007/s11136-023-03371-8
15. Rossi SA, de Schoulepnikoff C, Guillier D, Raffoul W, di Summa PG. Quality of life and sexual health after perineal reconstruction in Fournier gangrene using pedicled anterolateral thigh flaps. Front Surg. 2022;9:994936. doi:10.3389/fsurg.2022.994936

**Derechos de autor: 2026 Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).**

**https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/**