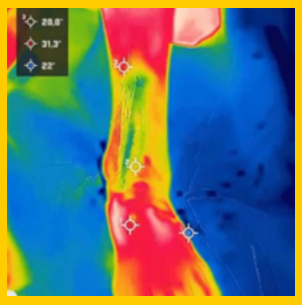
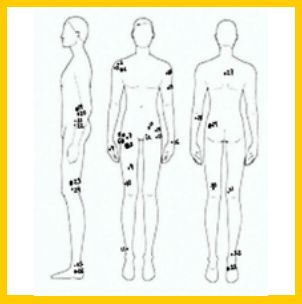
REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HERIDAS

H&C

Heridas y Cicatrización

MARZO 2025
VOLUMEN 15
Trimestral





Editorial: Trabajamos para usted. Disculpen las molestias • **Revisión:** Manejo del dolor en heridas de cuidados paliativos • **Caso Clínico:** Abordaje de enfermería en la práctica avanzada en el cuidado multidisciplinar de una herida en el hueco poplíteo de un paciente con esclerosis múltiple • Caso clínico de tropismo dérmico en leishmaniasis visceral • **Imagen del mes:** ¿Herida compleja? ¡Tratamiento complejo! • **Normas de publicación**

seher
Sociedad Española de Heridas

COMITÉ EDITORIAL

DIRECTOR, EDITOR Y REDACTOR

Manuel Gerónimo Pardo PhD. Servicio de Anestesiología, Reanimación, y Terapéutica del Dolor. Gerencia de Atención Integrada de Albacete; España.

COORDINADOR DE REDACCIÓN

Alberto Sánchez García. Cirugía Plástica. Hospital Universitario La Fe de Valencia; España.

COMITÉ CIENTÍFICO

Juan Campos Campos. Podólogo. Universidad de Valencia; España.
Dr. Ignacio Anibal Capdevilla. Cirugía Plástica. Hospital Nuestra Señora del Rosario; Madrid; España.
Dr. José Luis Fernández Cañamaque. Cirugía Plástica. Hospital Universitario de Getafe; España.
Dr. José Luis Fernández Casado. Cirugía Vascular. Hospital Universitario de Getafe; España.
Dra. Xenia Garrigòs Sancristóbal. Cirugía Plástica. Hospital de Terrasa; España
Prof. Iván Julián Rochina. PhD. Enfermería y Podología. Universidad de Valencia; España.
Dra. Concepción Lorca García. Sección Cirugia Plástica Infantil. Hospital Gregorio Marañón de Madrid; España.
Francisco Martínez Arnau. Fisioterapeuta y Podólogo. Universidad de Valencia; España.
Dra. Carmen Mias Carballal. Cirugía General. Hospital Arnau de Vilanova de Lleida; España.
Dra. M Dolores Pérez del Caz MD. Cirugía Plástica. Hospital Universitario la Fe de Valencia; España.
Dra. Arancha Pérez Plaza. Cirugía Plástica. Hospital Universitario la Fe de Valencia; España.
Dr. Andrés Felipe Pineda Restrepo. Cirugía Plástica. Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín; Colombia.
Enrique Salmerón González. Cirugía Plástica. Hospital Universitario La Fe de Valencia; España.
Mª Jesús Samaniego Ruiz. Enfermera. AGS Granada; España.
Jordi Viadé Julia. Responsable Unidad Pie Diabético. Hospital Germans Trials i Puyo de Badalona; España.
Francisco Javier Pacheco Compaña. Cirugía Plástica. A Coruña; España.

JUNTA DIRECTIVA

Presidente: **Dr. Daniel Chaverri Fierro.** Médico especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología en el Hospital MAZ. Zaragoza.
Vicepresidente: **Dr. Manuel Gerónimo Pardo.** Facultativo especialista de área en Anestesiología y Reanimación en el Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor de la Gerencia de Atención Integrada. Albacete.
Secretaria: **Amparo Galindo Carlos.** Enfermera. Consulta de heridas en el Hospital Infanta Leonor y Virgen de la Torre. Madrid.
Tesorera: **Izaskun Saín-Espiga Michelena.** Enfermera especialista en Familiar y Comunitaria. Servicio de hospitalización a domicilio en el Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.
Vocales: **David Pérez Barreno.** Enfermero de práctica avanzada en la atención de personas con heridas crónicas complejas. Distrito sanitario Málaga-Valle del Guadalhorce. Servicio Andaluz de Salud. Málaga. **Dr. Francisco Javier Pacheco Compaña.** Cirugía Plástica. A Coruña. **Dra. Carmen Mías Carballal.** Médico. Adjunta del servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. **Melina Vega de Céniga.** Facultativo especialista médica en Angiología y Cirugía Vascular en el Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo. Bizkaia.**Silvia Blasco Gil.** Enfermera especialista en Heridas Crónicas. Enfermera de consulta de Cirugía en el Hospital de Alcañiz. Teruel.

SECRETARÍA TÉCNICA

Calle Castelló, 128 – 7ª planta.
28006 – Madrid.
Teléfono: 914250243. Fax: 913023926.
secretariatecnica@seheridas.org
www.seheridas.org

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Beatriz Pérez Gómez.

ISSN: 2171-8644.
Depósito Legal: NA-1040-10.

ÍNDICES

latindex catálogo
Dialnet

Editorial

EN OBRAS

Trabajamos para usted. Disculpen las molestias

Así es, estamos de obras. Como probablemente ya sepáis, y si no ahora os lo hacemos saber, estamos viviendo una etapa de transición en la revista *Heridas y Cicatrización*, lo que incluye la aparición en escena de un nuevo equipo editorial.

También queremos introducir cambios estructurales en la revista; cambios que, como todo, llevan su tiempo realizar.

Este número, que aparece con retraso debido en parte a estos cambios por venir, representa la transición evolutiva desde la etapa anterior, liderada por Javier Pacheco, hasta la nueva etapa, en la que Manuel Gerónimo asumirá el cargo como nuevo director. En el editorial del número anterior Javier Pacheco ya se despidió de su cargo como editor. Pero en la SEHER no podemos permitir que su valioso buen hacer y los conocimientos que ha ido adquiriendo y acumulando a lo largo de los años al cargo de la revista se diluyan como lágrimas en la lluvia. Por eso queremos repescarlo para que sea parte integrante del nuevo comité editorial.

Junto a él conformaremos un equipo editorial constituido por un grupo multidisciplinar e internacional de profesionales de diversa índole, tanto de dentro como de fuera de la SEHER. Como ya sabéis, la multidisciplinariedad es la seña de identidad de la SEHER; estamos honestamente convencidos de que abordar el mundo de las heridas desde una visión integral hará más fácil de digerir la lectura de la revista.

Manuel Gerónimo Pardo

Vicepresidente de la Sociedad Española de Heridas (SEHER)

Director de la revista *Heridas y Cicatrización*

Sumario

Editorial

Trabajamos para usted. Disculpen las molestias 03

DR. MANUEL GERÓNIMO PARDO

Revisión

Manejo del dolor en heridas de cuidados paliativos 06

GEORGINA GETHIN; JAN KOTTNER; ANA LAMZA; SYLVIE MEAUME; CHRISTINA L MEGAL; ELENA CONDE MONTERO; FIONA RAWLINSON; HAYLEY RYAN; SEBASTIAN PROBST

Artículo Original

Prevención de la infección del sitio quirúrgico en cesárea programadas con apósitos estériles Leukomed Control 10

PUENTES SÁNCHEZ, JOSÉ; RAMÍREZ MAÑAS, CARLOS; PARDO GONZÁLEZ, CARMEN MARÍA

Caso Clínico

Abordaje de enfermería en la práctica avanzada en el cuidado multidisciplinar de una herida en el hueco poplíteo de un paciente con esclerosis múltiple 21

REMEDIO MARÍA ORIOLA MICÓ; MARÍA MAGDALENA LASHERAS TINA

Caso clínico de tropismo dérmico en leishmaniasis visceral 26

MARÍA JESÚS SAMANIEGO RUIZ; JUAN ANTONIO FERNÁNDEZ GIL; HUSEIN HUSEIN-ELAHMED

La imagen del mes

¿Herida compleja? ¡Tratamiento complejo! 31

MIGUEL MELLADO SANZ

Normas de publicación 27

Summary

Editorial

We work for you. Sorry for the inconvenience 03
DR. MANUEL GERÓNIMO PARDO

Review

Pain management in palliative wound care 06
GEORGINA GETHIN; JAN KOTTNER; ANA LAMZA; SYLVIE MEAUME; CHRISTINA L MEGAL; ELENA CONDE MONTERO; FIONA RAWLINSON; HAYLEY RYAN; SEBASTIAN PROBST

Original Article

Prevention of surgical site infection in programmed caesarean section with Leukomed Control sterile dressings 10
PUENTES SÁNCHEZ, JOSÉ; RAMÍREZ MAÑAS, CARLOS; PARDO GONZÁLEZ, CARMEN MARÍA

Case Report

Advanced-practice nursing approach in multidisciplinary care of a popliteal fossa ulcer in a patient with multiple sclerosis 21
REMEDIO MARÍA ORIOLA MICÓ; MARÍA MAGDALENA LASHERAS TINA

Clinical case of dermal tropism in visceral leishmaniasis 26
MARÍA JESÚS SAMANIEGO RUIZ; JUAN ANTONIO FERNÁNDEZ GIL; HUSEIN HUSEIN-ELAHMED

Image of the month

Complex Wound? Complex treatment! 31
MIGUEL MELLADO SANZ

Standards Publication

..... 32

Manejo del dolor en heridas de cuidados paliativos

GEORGINA GETHIN; JAN KOTTNER; ANA LAMZA; SYLVIE MEAUME; CHRISTINA L MEGAL; ELENA CONDE MONTERO; FIONA RAWLINSON; HAYLEY RYANSEBASTIAN PROBST

*Autora para correspondencia: georgina.gethin@universityofgalway.ie

NOTA INTRODUCTORIA

El texto que aparece a continuación es la traducción al castellano del capítulo «*Pain management*» de la guía elaborada por la European Wound Management Association (EWMA) para el tratamiento de heridas en el ámbito de cuidados paliativos, cuya referencia completa es:

> Gethin G, Kottner J, Lamza A, Meaume S, Megal C, Conde Montero E, Rawlinson F, Ryan H, Probst S. Palliative wound care. Recommendations of wound-related symptoms. *J Wound Management*. 2025(26 Sup1):S1-40. **https://doi.org/10.35279/jowm2025.26.01.sup01**

El equipo editorial de la revista *Heridas y Cicatrización* ha considerado interesante reproducir estas recomendaciones analgésicas porque ha considerado que pudieran ser de utilidad para el manejo de cualquier herida compleja.

Agradecemos profundamente a Georgina Gethin, directora de la revista *Journal of Wound Management*, el permiso concedido para reproducir el texto.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define el dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con un daño tisular real o potencial".[1] Independientemente de la etiología, los pacientes citan el dolor asociado a la herida como uno de los peores síntomas asociados a sus heridas.[2,3] Más del 50 % de los pacientes con heridas fungosas malignas mamarias y el 60 % de los pacientes con úlceras por presión refieren dolor intenso asociado a la herida, el cual es persistente.[4,5]

Las entrevistas realizadas a pacientes con heridas de diferentes etiologías presentan un panorama de pacientes que se resignan a sufrir el dolor relacionado con la herida y que creen que es poco lo que se puede hacer para controlarlo, pero a la vez también muestran reticencia a tomar más medicamentos de los que toman actualmente.[2] Por lo tanto, existe la necesidad de desarrollar nuevos agentes tópicos para controlar este dolor, ya que actualmente hay disponibles solo un pequeño número de agentes tópicos, y es baja la solidez de las pruebas que respaldan su uso.[6]

El reciente documento de la EWMA «*Manejo Holístico del Dolor Relacionado con Heridas*»[7] ofrece una revisión actualizada y completa sobre el dolor, incluyendo sus causas, métodos de evaluación y enfoques para su manejo. Se recomienda al lector consultar este documento, del cual se proporciona a continuación información resumida.*

REALIDAD VIRTUAL PARA EL MANEJO DEL DOLOR

Los métodos alternativos para el alivio del dolor en el cuidado de heridas, como la realidad virtual (RV), ofrecen un enfoque no invasivo y no farmacológico para el control del dolor.[8] La RV funciona creando entornos inmersivos e interactivos que distraen a los pacientes de las sensaciones físicas de los procedimientos de cuidado de heridas, reduciendo eficazmente la percepción del dolor. Existen investigaciones que han demostrado que los centros de procesamiento del dolor del cerebro se vuelven menos activos al participar en experiencias de RV, lo que resulta en reducciones significativas del dolor, la ansiedad y el estrés.[8] Esto es particularmente beneficioso para pacientes con heridas crónicas, donde los cambios frecuentes de apósitos o tratamientos pueden causar malestar y angustia constantes.

*Nota del editor: Existe también un comentario al documento EWMA que puede ser de utilidad para abundar en los aspectos concernientes al tratamiento farmacológico sistémico: Gerónimo-Pardo M. The misappropriation of the WHO analgesic ladder for painful chronic wounds: from repair to retirement? J Wound Manage. 2024;25(3):114–116. https://doi.org/10.35279/jowm2024.25.03.07

Además de reducir el dolor inmediato, la RV ayuda a mejorar la adherencia del paciente al cuidado de las heridas, haciendo que la experiencia sea menos traumática y, por lo tanto, mejorando los resultados generales del tratamiento.[9] La RV también es personalizable, lo que permite a los profesionales sanitarios adaptar la experiencia a las necesidades individuales del paciente, como por ejemplo una escena relajante en la naturaleza o un juego para mantenerlo concentrado. Este método no sólo ofrece alivio, sino que también podría reducir la dependencia del tratamiento en opioides y otros analgésicos tradicionales, lo cual reduciría el riesgo de efectos secundarios o de dependencia a opioides; por tanto, debe considerarse una herramienta complementaria a la atención médica estándar.[10]

EVALUACIÓN DEL DOLOR

La evaluación del dolor se realiza muy frecuentemente mediante escalas verbales que oscilan de 0 a 10 o de 0 a 100, donde los números más altos indican una mayor intensidad del dolor.[7] Sin embargo, estas escalas no miden la duración del dolor, los factores desencadenantes, las características del dolor, ni la necesidad de aliviar el dolor irruptivo. La información referida debe obtenerse mediante conversación con el paciente sobre este síntoma. El dolor es lo que la propia persona describe, y existe con la intensidad con la que lo percibe.[11] Esta definición de la existencia del dolor queda eclipsada si una persona no puede describir ni la presencia ni el proceso.

La evaluación del dolor es compleja y subjetiva, especialmente en personas con deterioro cognitivo,[11] como la demencia. La demencia es una enfermedad progresiva que afecta la memoria, el razonamiento, la comunicación y las actividades cotidianas.[12] El documento de la EWMA[7] recomienda herramientas específicas para evaluar el dolor relacionado con heridas en personas con deterioro cognitivo, como la Escala Facial del Dolor (FRS, *Faces Rating Scale*), la Escala de Evaluación del Dolor en la Demencia Avanzada (PAINAD, *Pain assessment in Advanced Dementia*), la Escala Abbey, y la Escala de Cara, Piernas, Actividad, Llanto y Consolabilidad (FLACC, *Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability*). Además, la Sociedad Irlandesa de Hospicio (Irish Hospice Society) ofrece orientación adicional sobre la evaluación general del dolor, abogando por una simple regla mnemotécnica para ayudar a los cuidadores a reconocer e identificar el dolor.[13]

- **P** – Percibir cambios de humor.
- **A** – Analizar señales verbales.
- **I** – Inspeccionar expresiones faciales.
- **N** – Notar el lenguaje corporal.

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL DOLOR

Las siguientes recomendaciones se basan principalmente en el documento de la EWMA «Manejo Holístico del Dolor Relacionado con Heridas»[7] y otros textos clave. Además, la **Tabla 1** resume las consideraciones clave para los enfoques farmacológicos en el manejo del dolor relacionado con heridas.

Cuadro 1. *Consideraciones clave del enfoque farmacológico para el tratamiento del dolor relacionado con heridas.*

Principios generales

- Evaluación continua y permanente de la presencia de dolor mediante herramientas de evaluación del dolor adecuadas utilizadas de forma constante.
- La evaluación debe incluir el tipo, la duración y la intensidad del dolor, prestando especial atención a la identificación de los desencadenantes del aumento del dolor.
- Evaluar la eficacia de las estrategias actuales que consideren la duración del efecto analgésico y la necesidad de analgesia intercurrente.
- La frecuencia de la evaluación se puede individualizar según el paciente, pero lo ideal es que se haga en cada cambio de vendaje.
- Considere la aceptabilidad de los efectos secundarios de los métodos actuales.
- Identifique la causa del dolor cuando sea posible y trátela adecuadamente.
- Explorar el papel potencial de utilizar enfoques no farmacológicos, antes incluso de proceder a una analgesia simple.
- Cuando sea necesario el uso de opioides, se debe utilizar la dosis efectiva más baja, aumentándola lentamente y sólo si es necesario para obtener el efecto deseado.
- Considere la derivación a un equipo multidisciplinario y/o a un especialista en dolor cuando el dolor no pueda controlarse.
- Considere todas las intervenciones no farmacológicas como un complemento a la terapia actual.

Principios del manejo de heridas

- Determinar si es necesaria analgesia previa al procedimiento, y administrarla con tiempo y permitir que haga efecto.
- Revise el régimen actual de vendaje de heridas y considere el uso de apósitos atraumáticos a base de silicona cuando sea posible.
- Controlar el exudado para reducir la frecuencia de los cambios de apósito.

Tabla 1. Consideraciones clave para el enfoque farmacológico del manejo del dolor de heridas.

Antes de elegir una estrategia analgésica considere:				
Modo			**Comentarios**	
1. Tratamiento tópico frente a sistémico			▪ Acceso óptimo ▪ Fácil de aplicar ▪ Menos efectos indeseados sistémicos ▪ Menos interacciones farmacológicas	
2. Analgesia multimodal			▪ Efecto analgésico aumentado manteniendo bajo cada efecto no deseado.	
3. Investigar dolor neuropático			▪ Consultar guías de tratamiento específicas	
4. Derivar casos refractarios a Unidades del Dolor			▪ No disponible en la mayoría de los casos	
ALTERNATIVAS FARMACOLÓGICAS				
Situación legal	**Hay catéter IV**	**Tipo de dolor**	**Alternativas**	**Comentarios**
Indicado en ficha técnica	No	Dolor procedural [1]	Crema EMLA	▪ Aplicar 1g/cm^2, esperar 30-45 min; sólo adultos; sólo heridas en extremidades inferiores
		Dolor de reposo [2]	Espuma de ibuprofeno	▪ Para heridas exudativas; niños mayores de 12 años
			Cualquier analgésico sistémico	▪ Intentar analgesia multimodal: paracetamol; metamizol (prohibido en varios países); antiinflamatorios no esteroideos; opioides
	Sí	Dolor procedural [1]	Opioides fuertes	▪ Familia de fentanilo: fentanilo, remifentanilo, alfentanilo, sufentanilo ▪ Tener a mano el antídoto (naloxona)
			Anestésicos locales	▪ Anestesia local ▪ Bloqueo nervioso o neuroaxial (mejor calidad anestésica, pero precisa personal especializado ▪ Bolos IV de lidocaína
		Dolor de reposo [2]	Cualquier analgésico sistémico	▪ Intentar analgesia multimodal: paracetamol; metamizol (prohibido en varios países); antiinflamatorios no esteroideos; opioides
Fuera de indicación	No	Dolor procedural	Crema EMLA	▪ Menores de 18 años; heridas no localizadas en extremidades inferiores
			Anestésicos locales tópicos	▪ Aplicados mediante irrigación o aerosol; efectivos frente a dolor neuropático ▪ Más rápidos y débiles: lidocaína, mepivacaína ▪ Más lentos y potentes: bupivacaína, ropivacaína, tetracaína ▪ Eficacia mejora con calor y alcalinización
			Sevoflurano tópico	▪ Emplear la menor dosis eficaz (por efecto invernadero)
			Óxido nitroso inhalado	▪ Como adyuvante
			Metoxiflurano inhalado	▪ Aprobado en pocos países todavía
		Dolor de reposo	Anestésicos locales	▪ Aplicados mediante irrigación o aerosol en heridas abiertas
			Opioides tópicos	▪ Gel de morfina, diamorfina, metadona...
			Sevoflurano tópico	▪ En pacientes frágiles se espera un efecto analgésico de 8-10h ▪ Posible efeto antimicrobiano y procicatrizante
			Ketamina tópica	▪ Vigilar efectos adversos psiquiátricos en uso crónico
	Sí	Dolor procedural	Anestésicos locales	▪ Infusión continua de lidocaína
			Ketamina	▪ A dosis bajas como coadyuvante
		Dolor de reposo	Anestésicos locales	▪ Infusión continua de lidocaína

1. El dolor procedural es inducido por la intervención humana durante los procedimientos sanitarios.
2. El dolor de reposo se produce durante la inactividad y suele ser señal de una patología crónica o grave.

RESUMEN

Los tratamientos tópicos para el dolor se prefieren a los analgésicos sistémicos porque son fáciles de aplicar y proporcionan un acceso óptimo a la zona dolorosa. Además, las personas que requieren cuidados paliativos suelen ser frágiles y tomar múltiples medicamentos, lo que las hace más propensas a sufrir efectos secundarios causados por analgésicos sistémicos e interacciones farmacológicas.

Las opciones tópicas aprobadas para tratar heridas dolorosas son actualmente escasas. Clásicamente, se limitan a la crema eutéctica de lidocaína y prilocaína (EMLA) y a los apósitos de ibuprofeno de liberación lenta. ●

Bibliografía

[1] RAJA SN, CARR DB, COHEN M, FINNERUP NB, FLOR H, GIBSON S, ET AL. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976–1982.

[2] PROBST S, GSCHWIND G, MURPHY L, SEZGIN D, CARR P, MCINTOSH C, ET AL. Patients 'acceptance' of chronic wound-associated pain – A qualitative descriptive study. *J Tissue Viability*. 2023;32(4):455–459.

[3] HEALY CR, GETHIN G, PANDIT A, FINN DP. Chronic wound-related pain, wound healing and the therapeutic potential of cannabinoids and endocannabinoid system modulation. *Biomed Pharmacother.* 2023;168:115714.

[4] FROMANTIN I, WATSON S, BAFFIE A, RIVAT A, FALCOU MC, KRIEGEL I, ET AL. A prospective, descriptive cohort study of malignant wound characteristics and wound care strategies in patients with breast cancer. *Ostomy Wound Manage.* 2014;60(6):38–48.

[5] SZOR JK, BOURGUIGNON C. Description of pressure ulcer pain at rest and at dressing change. *J Wound Ostomy Cont Nurs*. 1999;26(3):115–120.

[6] FRENCH C, FINN D, VELLIGNA A, IVORY J, HEALY C, BUTLER K, ET AL. Systematic review of topical interventions for the management of pain in chronic wounds. *Pain Rep*. 2023;8(5):e1073.

[7] HOLLOWAY S, AHMAJARVI K, FRESCOS N, JENKINS S, OROPALLO A, SLEZAKOVA S, ET AL. Hollistic management of wound-related pain. *J Wound Manag*. 2024;25(1):S1–84.

[8] HE ZH, YANG HM, DELA ROSA RD, DE ALA MB. The effects of virtual reality technology on reducing pain in wound care: A meta-analysis and systematic review. *Int Wound J.* 2022;19(7):1810–1820.

[9] LOU J, LI J, FAN Y, ZHANG C, HUANG N. Effects of virtual reality on analgesia in wound care and physical therapy for burn patients: a systematic review and meta-analysis. *Pain Manag Nurs*. 2024;25(4):377–388.

[10] KOUIJZER MMTE, KIP H, BOUMAN YHA, KELDERS SM. Implementation of virtual reality in healthcare: a scoping review on the implementation process of virtual reality in various healthcare settings. *Implement Sci Commun*. 2023;4(1):67.

[11] CORNALLY N, MCLOUGHLIN K, COFFEY A, WEATHERS E, BUCKLEY C, MANNIX M, ET AL. Palliative Care for the Person wtih Dementia Guidance Document 5: Pain Assessment and Management. Irish Hospice Foundation; 2016.

Prevención de la infección del sitio quirúrgico en cesárea programadas con apósitos estériles Leukomed Control

PUENTES SÁNCHEZ, JOSÉ[1]; RAMÍREZ MAÑAS, CARLOS[2]; PARDO GONZÁLEZ, CARMEN MARÍA[3]

[1]ENFERMERO UGC INFECCIOSOS – CONSULTA DE HERIDAS CRÓNICAS Y COMPLEJAS – HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS – ALMERÍA

[2]ENFERMERO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS – HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS – ALMERÍA

[3]ENFERMERA UGC DE INFECCIOSOS – CONSULTA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS – HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS – ALMERÍA

Autor para correspondencia: comocurarestaherida@gmail.com

Recibido: 14 de mayo de 2024 – Aceptado: 30 de abril de 2025

Resumen

Objetivos. Comprobar si el uso de los apósitos Leukomed Control previenen la infección del sitio quirúrgico en mujeres con obesidad intervenidas de cesárea. Valorar si los apósitos Leukomed Control mejoran la calidad de los cuidados de enfermería postparto reduciendo el dolor y el número de cambios del apósito.

Método. Estudio observacional descriptivo retrospectivo. La muestra estuvo compuesta por 58 mujeres, de entre 17 a 44 años de edad, que dieron a luz por cesárea entre el 14 de febrero de 2020 y el 3 de julio de 2021 en el Hospital Universitario Torrecárdenas de Almería.

Resultados. las heridas postoperatorias tratadas fueron superficiales, con una longitud media de 13,8 ± 0,3 cm. En todos los casos, los bordes de la herida y la piel perilesional estaban sanos y no había exudado ni signos de infección. Leukomed® Control permaneció colocado durante 7 a 12 días (media 8,1 ±1,0) hasta la cicatrización completa. En la mayoría de los pacientes (94,8 %) se aplicó un solo apósito. Solo 3 pacientes, cuyas heridas no habían cicatrizado completamente en 10 días, necesitaron de un segundo apósito durante 1 ó 2 días más. Ninguno de los pacientes requirió medicación adicional durante el período de estudio.

Conclusión. Leukomed Control es un apósito postoperatorio® adecuado para prevenir las infecciones del sitio quirúrgico. Aumenta la calidad de vida de los pacientes, al necesitar menor número de cambios y ser indoloro al retirarlo y ser un apósito postoperatorio bien valorado por las enfermeras

Palabras clave. Cesárea – Infección del sitio quirúrgico – Cuidados de enfermería.

Abstract

Prevention of surgical site infection in programmed caesarean section with Leukomed Control sterile dressings.

Objectives. To determine whether Leukomed Control dressings prevent surgical site infection in obese women undergoing cesarean section. To assess whether Leukomed Control dressings improve the quality of postpartum nursing care by reducing pain and the number of dressing changes.

Method. Retrospective, descriptive, observational study. The sample consisted of 58 women, aged 17 to 44, who gave birth by cesarean section between February 14, 2020, and July 3, 2021, at the Torrecárdenas University Hospital in Almería.

Results. The treated postoperative wounds were superficial, with a mean length of 13.8 ± 0.3 cm. In all cases, the wound edges and periwound skin were healthy, with no exudate or signs of infection. Leukomed® Control remained in place for 7 to 12 days (mean 8.1 ± 1.0) until complete healing. In most patients (94.8%), a single dressing was applied. Only 3 patients, whose wounds had not healed completely within 10 days, required a second dressing for an additional 1 or 2 days. None of the patients required additional medication during the study period.

Conclusion. Leukomed Control is a postoperative dressing suitable for preventing surgical site infections. It improves patients' quality of life, requiring fewer changes and being painless to remove. It is a postoperative dressing well-rated by nurses.

Keywords. Cesarean section – Surgical site infection – Nursing care.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) son comunes y mórbidas (1). Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) definieron en 1992 la ISQ como una infección que afecta el sitio de la incisión y puede ser superficial (piel y tejido subcutáneo) o profunda. (fascia y músculo) e infección de órganos/espacios (por ejemplo, endometritis) dentro de los 30 días posteriores a la cirugía (2,3). Las ISQ son actualmente las más comunes y costosas de todas las infecciones adquiridas en hospitales (IAH), representan el 20% de todas las IAH (1,4). Se asocian con una mayor duración de la estancia hospitalaria; un aumento del riesgo mortalidad, reintervenciones quirúrgicas, mayores tasas de reingreso, insatisfacción de los pacientes y a un aumento de los costes económicos (1,5–8).

Una cesárea es un procedimiento quirúrgico en el que nace un bebé cortando la pared frontal del abdomen para abrir el útero. El cirujano generalmente hace una incisión horizontal en la parte inferior del abdomen de la mujer, a través de la pared abdominal y luego a través del útero (9). Las infecciones del sitio quirúrgico de las cesáreas son comunes (2–15% de todas las cesáreas), graves y a menudo prevenibles (6). Aunque rara vez los partos por cesárea representa una amenaza para la vida, la ISQ genera ansiedad y un posible impacto negativo en la interacción entre la madre y el recién nacido en el período crítico del posparto (2). Por lo tanto puede tener implicaciones de gran alcance para la mujer y su familia en términos de morbilidad y condiciones socioeconómicas (9,10)

Los factores de riesgo de ISQ después de una cesárea se dividen en dos categorías: Factores extrínsecos, son variables, se relacionan con el manejo y cuidado de la mujer y muchas veces pueden ser modificados y manipulados por el profesional, como la profilaxis con antibióticos, el tipo de apósito y el método para cerrar la herida; factores intrínsecos: son variables individuales como la edad materna, diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo, índice de masa corporal (IMC) y estado general de salud. (1,7,9,10)

La cesárea es el factor de riesgo más importante para la infección posparto con un aumento de 20 veces en comparación con la vía de parto vaginal (3). La asociación entre la obesidad materna y el aumento del riesgo de desarrollar complicaciones durante el embarazo y el posparto está bien establecida. La obesidad se ha asociado con una mayor tasa de infección después de una cesárea. Ejerce una mayor tensión mecánica sobre la herida y, por lo tanto, retrasa la cicatrización, incluso cuando no se desarrolla ISQ. Las mujeres que son muy obesas (IMC>35) tienen más probabilidades de encontrar complicaciones en las heridas. (9,10)

El objetivo del cuidado posoperatorio de la herida es facilitar el cierre rápido de la herida al mismo tiempo que se previenen las complicaciones y se promueve una alteración mínima para lograr los mejores resultados funcionales y estéticos. (5)

Las intervenciones para el tratamiento de las heridas agudas deben centrarse en reducir las posibles complicaciones relacionadas con las heridas, como la ISQ. Parte de este proceso es la selección de un apósito para cubrir la herida (5). Una guía de referencia al respecto es la desarrollada por el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). En ella se indica que para optimizar el cuidado de la herida quirúrgica y prevenir las ISQ se necesita un apósito interactivo al final de la intervención que permita la inspección de la herida, absorber exudado, reducir el dolor en la retirada y proporcionar protección al tejido nuevo (11).

Los apósitos Leukomed Control (BSN medical) representan una nueva gama de apósitos postoperatorios de última generación. Por su diseño y composición facilita la cicatrización húmeda de heridas, absorbe el exceso de exudado y minimiza el dolor y el traumatismo en la incisión durante la extracción. Se trata de un apósito transparente, lo que permite al profesional inspeccionar fácilmente la herida sin necesidad de retirar el apósito. En consecuencia, esto ayuda a prolongar el tiempo de uso y a prevenir la contaminación externa y los traumatismos asociados con la eliminación prematura. (5)

OBJETIVOS

- **Objetivo principal:** Comprobar si el uso de los apósitos Leukomed Control previenen la Infección del sitio quirúrgico (ISQ) en mujeres intervenidas de cesárea.
- **Objetivo secundario:** Valorar si los apósitos Leukomed Control mejoran la calidad de los cuidados de enfermería postparto reduciendo el dolor y el número de cambios del apósito y la satisfacción de las pacientes.

HIPÓTESIS

Las mujeres que reciban los cuidados de las heridas postquirúrgicas por cesárea con los apósitos Leukomed control mejorarán el proceso de cicatrización, reducirán el dolor y la aparición de infecciones. Y se evitarán muchos de los inconvenientes relacionados con el uso de los apósitos convencionales como: exceso de exudado; reacciones cutáneas de la piel perilesional al apósito; dificultad y dolor al retirar el apósito; sensación de desprotección de la herida; la interferencia en la movilidad o en actividades de la vida diaria; la ansiedad

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Estudio descriptivo retrospectivo.

Muestra

La muestra estuvo compuesta por mujeres embarazadas que dieron a luz por cesárea en Hospital materno Infantil del complejo Hospitalario Universitario Torrecárdenas de Almería (Andalucía, España). Las pacientes fueron captadas cuando ingresaron en el hospital. Las mujeres fueron informadas verbalmente de las características de estudio y firmaron voluntariamente el consentimiento informado.

Periodo de estudio

El estudio se llevó a cabo en el periodo comprendido entre el 14 de febrero de 2020 y el 3 de julio de 2021. Donde se recogieron todos los datos utilizados en este estudio.

Población de estudio

Se seleccionaron 58 mujeres embarazadas que fueron intervenidas de cesárea en los quirófanos del propio hospital. Se trató de un muestreo por conveniencia. La muestra de estudio estaba formada por mujeres con edades comprendidas entre los 17 y 44 años. Algunas presentaban comorbilidades como diabetes, obesidad, hipertensión arterial y trastornos circulatorios. No hubo ningún abandono durante el estudio, las 58 mujeres seleccionadas terminaron el estudio.

Criterios de inclusión

- Mujeres embarazadas ingresadas en el Hospital Materno infantil del Complejo Universitario Torrecárdenas para dar a luz que dieron a luz por cesárea programada.
- Participaron de forma voluntaria en el estudio.

Criterios de exclusión

Cesáreas no programadas.

Consideraciones éticas

Todos los procedimientos se realizaron de acuerdo con las normas de protección de los sujetos humanos en la investigación según los principios éticos para la investigación médica en seres humanos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial (AMM) enmendados en la 64a Asamblea General de Fortaleza, Brasil en 2013. Considerando que el objetivo del estudio son datos de la salud, de especial protección se aplicó la legislación española vigente. La información recogida para el estudio se trató en función de la Ley Orgánica 15 / 1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 41/ 2002, de 14 de noviembre, básico regulador de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Intervención

El día que las pacientes regresaban a su habitación tras la intervención quirúrgica se realizaba la evaluación de las heridas antes de la aplicación del apósito. Todas las heridas

Figura 1. Leukomed Control en herida cesárea1.

abdominales resultantes de la cesárea fueron suturadas para la cicatrización primaria de la herida y las suturas fueron cubiertas con el apósito Leukomed Control.

Inicialmente, las heridas postoperatorias fueron superficiales. En todos los casos, los bordes de la herida y la piel perilesional estaban sanos y no había exudado ni signos de infección. Leukomed® Control permaneció colocado hasta la cicatrización completa. Los apósitos Leukomed control pueden permanecer puestos hasta 14 días. En caso necesario se podía cambiar el apósito por un segundo apósito hasta lograr la cicatrización completa de la herida. El apósito se podía cambiar en caso de observarse celulitis, eritema, exudado o signos de infección Se tuvo en consideración la necesidad de medicación adicional durante el período de estudio.

El seguimiento de la evolución de la herida se basó en la naturaleza transparente del apósito Leukomed Control que permitió una inspección visual de la herida sin interrumpir el proceso de cicatrización y sin manipulación de la herida. Valorando la presencia de exudado, infección, bordes de la herida y estado de la piel perilesional (fig. 1)

Se valoró el dolor de la retirada del apósito mediante una escala numérica verbal donde el paciente puntúa su dolor del 0 al 10, siendo 0 ausencia de dolor y 10 dolor insoportable. (0: Sin dolor, 1-3: Leve, 4-6: Moderado y 7-10: Intenso) (Tabla 1).

Tabla 1. Escala de valoración del dolor EVA.

Escala de valoración del dolor EVA	
	Valor numérico
Sin dolor	0
Leve	1-3
Moderado	4-6
Intenso	7-10

Para la valoración del tratamiento con los apósitos Leukomed Control de se utilizaron escalas cuantitativas simples tipo Linkert (Tablas. 2,3 y 4).

Tabla 2. Opinión sobre Leukomed control por profesionales y pacientes.

Opinión sobre Leukomed control por profesionales y pacientes							
	Valoración						
Manipulación del apósito	1	2	3	4	5	6	7
Aplicación del apósito	1	2	3	4	5	6	7
Retirada del apósito	1	2	3	4	5	6	7
(1-N/C, 2-Muy difícil, 3-difícil, 4-regular, 5-facil, 6-Muy fácil, 7-Excelente)							

Tabla 3. Propiedades de Leukomed control sobre la herida.

Propiedades de Leukomed control sobre la herida							
	Valoración						
Adhesión a la piel	1	2	3	4	5	6	7
Adaptación al lecho de la herida	1	2	3	4	5	6	7
Retención y control del exudado	1	2	3	4	5	6	7
Tolerancia cutánea	1	2	3	4	5	6	7
(1-N/C, 2-Muy malo, 3-malo, 4-regular, 5-bueno, 6-Muy bueno, 7-Excelente)							

Tabla 4. Opinión de los pacientes.

Opinión de los pacientes							
	Valoración						
Satisfacción sobre el tratamiento de la ISQ con Leukomed control	1	2	3	4	5	6	7
(1-N/C, 2-Muy malo, 3-malo, 4-regular, 5-bueno, 6-Muy bueno, 7-Excelente)							

Variables de estudio

Variables independientes:

- Edad (años).
- Genero.
- Altura (cm).
- Peso (Kg).
- Índice de masa corporal (IMC) Kg/m^2.
- Comorbilidades (diabetes, HTA, obesidad, trastornos circulatorios)

Variables dependientes:

Relacionadas con el tratamiento con los apósitos Leukomed Control:

- Inicio del tratamiento de ISQ con los apósitos.
- Fin del tratamiento con los apósitos.
- Duración del tratamiento.
- Número de apósitos por paciente utilizados durante el tratamiento.

Relacionados con la herida:

- Tipo de intervención realizada.
- Tipo de herida (aguda/crónica).
- Profundidad de la herida.
- Localización de la herida.
- Tamaño (cm).
- Bordes de la herida.
- Piel perilesional.
- Características del exudado.
- Infección.
- Lecho de la herida (epitelización).
- Necrosis.

Relacionadas con las propiedades del apósito Leukomed Control:

- Retención.
- Control del exudado.
- Adaptación al lecho de la herida.
- Adherencia a la piel.
- Dificultad del manejo del apósito.
- Retirada del apósito.
- Tolerancia de la piel.
- Limpieza de la herida.
- Eventos adversos.
- Satisfacción con los apósitos.
- Recomendaciones del uso del apósito.
- Resultado del uso del apósito.
- Objetivos alcanzados con el apósito.
- Valoración del dolor al retirar el apósito (Escala EVA).
- Confortabilidad (según el paciente).
- Valoración del apósito por parte del paciente.
- Valoración del apósito por parte del profesional.

Materiales informáticos

Los datos de los pacientes fueron extraídos de los cuestionarios realizados ad hoc para el estudio. Se utilizó un PC portátil y un disco extraible.

Análisis estadístico

Los datos fueron recogidos en una base de datos mediante el programa Excel (Windows). Los datos fueron transferidos a GraphPad Prism para el análisis estadístico y proporcionar los datos estadísticos descriptivos actuales.

RESULTADOS

Las comorbilidades estuvieron presentes en el 56,9 % de los pacientes, incluyendo hipertensión (N = 11), diabetes (N = 8), obesidad (N = 8) y trastornos circulatorios (N = 6).

Las heridas postoperatorias fueron superficiales con una longitud media de 13,8 ± 0,3 cm. En todos los casos, los bordes de la herida y la piel perilesional estaban sanos y no había exudado ni signos de infección. Leukomed® Control permaneció colocado durante 7 a 12 días (media 8,1 ±1,0) hasta la cicatrización completa. En la mayoría de los pacientes (94,8 %) se aplicó un solo apósito

Todas las heridas cicatrizaron con bordes de la heridan sanos. Ninguna de las heridas mostró signos de exudado o infección. Cabe destacar que los pacientes no percibieron dolor general de la herida durante todo el período de estudio (EVA=0) y no se informó de ningún evento adverso grave (tabla 5).

Tabla 5. Datos relacionados con la herida postquirúrgica.

casos	Profundidad de la herida	Longitud de la herida (cm)	Bordes de la herida	Piel perilesional	Nivel de Exudado	Signos de infeccion	Duración del tratamiento (días)	Numero de tratamientos con Leukomed control	Dolor (EVA)	Curación	Efectos adversos
1	Superficial	14	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
2	Superficial	13,5	Sanos	Sana	Ninguno	No	9	1	0	Logrado	No
3	Superficial	13,8	Sanos	Sana	Ninguno	No	7	1	0	Logrado	No
4	Superficial	14	Sanos	Sana	Ninguno	No	9	1	0	Logrado	No
5	Superficial	14	Sanos	sana	Ninguno	No	9	1	0	Logrado	No
6	Superficial	13,5	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
7	Superficial	14	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
8	Superficial	14	Sanos	Sana	Ninguno	No	11	2	0	Logrado	No
9	Superficial	14	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
10	Superficial	14	Sanos	Sana	Ninguno	No	10	1	0	Logrado	No
11	Superficial	14	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
12	Superficial	13,8	Sanos	Sana	Ninguno	No	12	1	0	Logrado	No
13	superficial	14	Sanos	Sana	Ninguno	No	7	1	0	Logrado	No
14	superficial	13,5	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
15	superficial	14	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
16	superficial	13,5	Sanos	Sana	Ninguno	No	7	1	0	Logrado	No
17	superficial	14	Sanos	Sana	Ninguno	No	7	1	0	Logrado	No
18	superficial	13,5	Sanos	Sana	Ninguno	No	7	1	0	Logrado	No
19	superficial	13,5	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No

casos	Profundidad de la herida	Longitud de la herida (cm)	Bordes de la herida	Piel perilesional	Nivel de Exudado	Signos de infeccion	Duración del tratamiento (días)	Numero de tratamientos con Leukomed control	Dolor (EVA)	Curación	Efectos adversos
20	superficial	14	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
21	superficial	13,5	Sanos	Sana	Ninguno	No	9	1	0	Logrado	No
22	superficial	13,8	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
23	superficial	13,7	Sanos	Sana	Ninguno	No	7	1	0	Logrado	No
24	superficial	13,4	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
25	superficial	14	Sanos	Sana	Ninguno	No	7	1	0	Logrado	No
26	superficial	13,9	Sanos	Sana	Ninguno	No	7	1	0	Logrado	No
27	superficial	13,9	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
28	superficial	13,9	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
29	superficial	14	Sanos	Sana	Ninguno	No	9	1	0	Logrado	No
30	superficial	13,8	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
31	superficial	14	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
32	superficial	13,5	Sanos	Sana	Ninguno	No	7	1	0	Logrado	No
33	superficial	13,9	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
34	superficial	13,8	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
35	superficial	14	Sanos	Sana	Ninguno	No	7	1	0	Logrado	No
36	superficial	13,5	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
37	superficial	13,9	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
38	superficial	13,3	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
39	superficial	13,8	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
40	superficial	13,2	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
41	superficial	13,9	Sanos	Sana	Ninguno	No	7	1	0	Logrado	No
42	superficial	13,9	Sanos	Sana	Ninguno	No	11	2	0	Logrado	No
43	superficial	14	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
44	superficial	13,5	Sanos	Sana	Ninguno	No	10	1	0	Logrado	No
45	superficial	13,7	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
46	superficial	13,2	Sanos	Sana	Ninguno	No	7	1	0	Logrado	No
47	superficial	13,6	Sanos	Sana	Ninguno	No	7	1	0	Logrado	No
48	superficial	13,8	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
49	superficial	14	Sanos	Sana	Ninguno	No	9	1	0	Logrado	No
50	superficial	13,7	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
51	superficial	14	Sanos	Sana	Ninguno	No	7	1	0	Logrado	No
52	superficial	13,2	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
53	superficial	14	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
54	superficial	13,6	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
55	superficial	13,3	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
56	superficial	13,9	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No
57	superficial	13,9	Sanos	Sana	Ninguno	No	7	1	0	Logrado	No
58	superficial	13,2	Sanos	Sana	Ninguno	No	8	1	0	Logrado	No

(**Profundidad:** 0-superficial; 1-profunda; 2-Otra); (**Bordes de la herida:** 0-Intacto, 1-Saludable, 2-macerado, 3-enrojecido, 4-socavado, 5-picor, 6-ezcema, 7-hinchado); (**Piel perilesional:** 0-intacta, 1-sana, 2-escamosa, 3-enrojecida, 4-seca, 5-macerada, 6-pico, 7-ezcema, 8-ampolla); (**Nivel de exudado:** o-ninguno, 1-bajo, 2-moderado, 3-alto, 4-abundante, 5-no disponible); (**Signos de infección:** 0-eritema, 1-calor, 2-edema, 3-olor, 4-dolor, 5-2 o más signos, 6-no; **Dolor:** 0-Sin dolor, 1-leve (1-3 puntos), 2-moderado (4-7 puntos), 3-Severo (> 8 puntos); **Curación:** 0-no logrado, 1-logrado); Efectos adversos: 0-No, 1-Si).

Además, los profesionales sanitarios realizaron una evaluación global de Leukomed® Control. La manipulación y la aplicación del apósito se calificaron como "fácil" y *"excelente"*, respectivamente, mientras que la retirada del apósito fue evaluada como *"fácil (atraumática)"* por todos los profesionales sanitarios (100%). La adhesión a la piel y la adaptación del apósito al lecho de la herida se consideraron "excelentes", la retención y el control del exudado se evaluaron como "excelente" en todos los casos (100%). La mayoría de los profesionales sanitarios (89.7%) calificó la tolerancia cutánea de Leukomed® Control como "excelente" mientras que el 10,3% restante la calificó como "muy buena" (tabla 6).

Tabla 6. Valoración de los profesionales de enfermería del uso del apósito Leukomed Control.

	Manipulación	Aplicación	Retirada	Adhesión a la piel	Adaptación al lecho de la herida	Control del exudado	Tolerancia cutánea
1	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
2	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Muy buena
3	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Muy buena
4	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Muy buena
5	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Muy buena
6	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
7	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
8	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
9	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
10	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
11	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
12	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
13	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
14	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
15	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
16	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
17	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
18	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
19	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
20	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
21	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
22	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
23	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
24	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
25	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
26	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
27	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
28	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
29	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
30	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
31	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
32	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
33	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
34	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
35	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
36	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
37	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
38	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
39	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
40	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
41	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
42	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
43	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
44	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente

	Manipulación	Aplicación	Retirada	Adhesión a la piel	Adaptación al lecho de la herida	Control del exudado	Tolerancia cutánea
45	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
46	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
47	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
48	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Muy buena
49	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
50	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
51	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Muy buena
52	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
53	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
54	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
55	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
56	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
57	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
58	Fácil	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente

(**Manipulación:** 1-N/C, 2-muy difícil, 3 difícil, 4-regular, 5-facil, 6-muy fácil,7-excelente; **Aplicación:** 1-N/C,2-muy difícil, 3 difícil, 04-regular, 5-facil, 6-muy fácil, 7-excelente; **Retirada:** 1-N/C, 2-muy difícil, 3 difícil, 4-regular, 5-facil, 6-muy fácil, 7-excelente; **Adhesión a la piel:** 1-N/C, 2-muy mala, 3-Mala, 4-regular, 5-buena, 6-muy buena, 7-excelente; **Adaptación al lecho de la herida:** 1-N/C ,2-muy mala, 3-mala, 4-regular, 5-buena, 6-muy buena, 7-excelente; **Control del exudado:** 1-N/C, 2-muy mala, 3-mala, 4-regular, 5-buena, 6-muy buena, 7-excelente; **Tolerancia cutánea:** 1-N/C, 2-muy mala, 3-mala ,4-regular, 5-buena, 6-muy buena, 7-excelente).

A los pacientes se les pidió que evaluaran la comodidad durante el uso de Leukomed® Control. La comodidad fue evaluada como *"muy cómoda (apenas perceptible)"* por todos los pacientes (100 %). En lo referente a la satisfacción con el apósito fue "excelente" (tabla 7).

Además, se pidió a los profesionales sanitarios, así como a los pacientes, que realizaran una evaluación general de Leukomed® Control. El apósito fue calificado como *"excelente"* por el 100 % de ambos grupos (tabla 8).

Tabla 7. Valoracion de los pacientes del apósito Leukomed Control.

Casos	Comodidad	Satisfacción	Aplicación
1	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
2	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
3	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
4	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
5	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
6	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
7	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
8	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
9	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
10	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
11	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
12	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
13	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
14	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
15	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
16	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
17	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
18	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente

Casos	Comodidad	Satisfacción	Aplicación
19	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
20	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
21	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
22	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
23	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
24	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
25	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
26	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
27	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
28	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
29	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
30	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
31	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
32	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
33	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
34	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
35	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
36	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
37	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
38	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
39	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
40	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
41	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
42	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
43	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
44	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
45	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
46	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
47	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
48	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
49	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
50	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
51	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
52	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
53	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
54	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
55	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
56	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
57	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente
58	Muy cómodo (Apenas perceptible)	Excelente	Excelente

(**Comodidad:** 0-muy incómodo, 1-incómodo, 2-cómodo,3 muy contento (apenas perceptible); **Satisfacción**: 1-N/C, 2-muy malo, 3-malo, 4-regular, 5-bueno, 6-muy bueno, 7-excelente; **Aplicación:** 1-N/C, 2-muy difícil, 3-difícil, 4-regular, 5-facil, 6-muy facil, 7-excelente).

Tabla 8. Satisfacción con el apósito Leukomed Control %.		
	Frecuencia	**Porcentaje %**
Excelente	58	100

DISCUSIÓN

En general, los objetivos de tratamiento se alcanzaron mediante Leukomed® Control en los 58 casos incluidos. La mayoría de las heridas (94,8 %) permanecieron intactas sin cambios de apósito hasta que se logró la cicatrización completa. Los apósitos tradicionales de tejido no tejido requieren cambios de apósito frecuentes para prevenir la maceración del tejido sano (12).

En ciertos casos, es aceptable retirar el apósito inicial prematuramente, por ejemplo, para revisar la herida o, en caso de exudado excesivo, para evitar saturar el apósito (13). La naturaleza transparente de Leukomed Control y sus excelentes propiedades de control del exudado permitieron una inspección visual de la herida sin interrumpir el proceso de cicatrización, sin manipulación de la herida, lo que hizo innecesarios los cambios prematuros de apósito. En general, Leukomed® Control puede permanecer en la herida hasta 14 días. En el presente estudio, 3 pacientes necesitaron un cambio de apósito después de 10 días. Sin embargo, la retirada de leukomed® Control fue atraumática. Por lo tanto, el cambio de apósito en estos pacientes no comprometió las heridas. El mayor tiempo de uso de Leukomed® Control en comparación con los apósitos tradicionales también tiene ventajas económicas, ya que se necesitan menos apósitos por herida, lo que reduce los costos de tratamiento.

La transparencia de Leukomed® Control también ayuda a prevenir infecciones del sitio quirúrgico. Las infecciones son una complicación común de las heridas quirúrgicas. Los signos primarios pueden incluir fiebre, hematoma, seroma, separación de los bordes de la herida y secreción purulenta de la herida (13). Estos signos se pueden detectar inmediatamente a través del apósito transparente y, de acuerdo con las medidas preventivas o correctivas, por ejemplo, terapia antibiótica. Consistentemente, ninguna de las heridas incluidas en este estudio desarrolló infección del sitio quirúrgico (ISQ).

Además, la comodidad de uso de Leukomed® Control, su capacidad de adaptación al lecho de la herida, así como la reducción / ausencia de cambios de apósitos innnecesarios mejoran la calidad de vida de los pacientes. Más precisamente, el proceso de recuperación general está respaldado por la independencia de los pacientes para observar sus heridas poco después de la cirugía sin ayuda médica adicional y por el funcionamiento independiente (por ejemplo, higiene personal) (14).

Se desconoce si cubrir las heridas quirúrgicas que cicatrizan por primera intención con apósitos reduce el riesgo de ISQ o si un apósito concreto es más eficaz que otro para reducir el riesgo de ISQ, mejorar la cicatrización, reducir el dolor, mejorar la aceptabilidad por parte del paciente o facilitar la retirada del apósito. La mayoría de los estudios revisados fueron pequeños, tuvieron un riesgo de sesgo alto o incierto. En base a la evidencia actual, es posible que los responsables de tomar decisiones deseen basar las decisiones acerca de cómo tapar una herida tras una cirugía en los costes así como las preferencias del paciente.

CONCLUSIONES

En conclusión, Leukomed Control es un apósito postoperatorio® adecuado que reduce los cambios de apósito a través de tiempos de uso más largos, lo que permite que la herida cicatrice sin ser molestada. Además, previene las infecciones del sitio quirúrgico y aumenta la calidad de vida / independencia de los pacientes al proporcionar acceso visual inalterado a la herida. En consecuencia, todos los profesionales sanitarios de este estudio recomendarían el uso de Leukomed Control como apósito postoperatorio.

Bibliografía

[1] **BAN KA, MINEI JP, LARONGA C, HARBRECHT BG, JENSEN EH, FRY DE, ET AL.** American College of Surgeons and Surgical Infection Society: Surgical Site Infection Guidelines, 2016 Update. J Am Coll Surg [Internet]. 2017;224(1):59–74. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.10.029

[2] **CARBONNEL M, BROT D, BENEDETTI C, KENNEL T, MURTADA R, REVAUX A, ET AL.** Risks factors FOR wound complications after cesarean section. J Gynecol Obstet Hum Reprod [Internet]. 2021;50(7):101987. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101987

[3] **KVALVIK SA, RASMUSSEN S, THORNHILL HF, BAGHESTAN E.** Risk factors for surgical site infection following cesarean delivery: A hospital-based case– control study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2021;100(12):2167–75.

[4] **LUMBERS M.** Selecting appropriate postoperative and reduce surgical site infection. Br J Nurs. 2018;27(March): 2018–20.

[5] **MILNE J.** Managing surgical wound care: Review of Leukomed Control dressings. Br J Nurs. 2016;25(6):S34–43.

[6] **SCHECK SM, BLACKMORE T, MAHARAJ D, LANGDANA F, ELDER RE.** Caesarean section wound infection surveillance: Information for action. Aust New Zeal J Obstet Gynaecol [Internet]. 2018 Oct;58(5):518–24. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajo.12755

[7] Zejnullahu VA, Zejnullahu VA, Isjanovska R, Sejfija Z. Surgical site infections after cesarean sections at the University Clinical Center of Kosovo: Rates, microbiological profile and risk factors. BMC Infect Dis. 2019;19(1):1–9.

[8] **JIANG N, RAO F, XIAO J, YANG J, WANG W, LI Z, ET AL.** Evaluation of different surgical dressings in reducing postoperative surgical site infection of a closed wound: A network meta-analysis. Int J Surg [Internet]. 2020;82(July):24–9. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2020.07.066

[9] **GOULD D.** Caesarean section, surgical site infection and wound management. Nurs Stand. 2007;21(32):57–66.

[10] **FITZWATER JL, TITA ATN.** Prevention and management of cesarean wound infection. Obstet Gynecol Clin North Am [Internet]. 2014;41(4):671–89. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2014.08.008

[11] **GOYANES AG, LORENZO CG, ALONSO MN.** Apósito posquirúrgico interactivo transparente de evaluación comparativa piloto en pacientes quirúrgicos oncológicos. Gerokomos [Internet]. 2014;25(1):34–40. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134- 928X2014000100008&script=sci_arttext&tlng=enDirectory

[12] **DHIVYA S, PADMA VV, SANTHINI E.** Wound dressings - A review. Biomed. 2015;5(4):24–8.

[13] **KAIHAN YAO LB AND WPY.** Post-operative wound management. Aust Fam Physician. 2013;42(12):867–70.

[14] **WAINWRIGHT TW, GILL M, MCDONALD DA, MIDDLETON RG, REED M, SAHOTA O, ET AL.** Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. Acta Orthop. 2020;91(1):3–19.

Abordaje de enfermería en la práctica avanzada en el cuidado multidisciplinar de una herida en el hueco poplíteo de un paciente con esclerosis múltiple

REMEDIO MARÍA ORIOLA MICÓ[1]*; MARÍA MAGDALENA LASHERAS TINA[2]

[1]ENFERMERA – EXPERTO UNIVERSITARIO EN CUIDADOS DE HERIDAS CRÓNICAS – UCP SAN CAMILO – TRES CANTOS (MADRID)

[2]MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTENSIVA – MÁSTER EN CUIDADOS PALIATIVOS – UCP SAN CAMILO – TRES CANTOS (MADRID)

Autora para correspondencia: remeoriola@gmail.com

Recibido: 14 de septiembre de 2024 – Aceptado: 4 de diciembre de 2024

Resumen

La esclerosis múltiple en estado avanzado necesita de diferentes disciplinas para mejorar el bienestar de los pacientes.

El presente caso describe la evolución de una lesión cronificada en el hueco poplíteo de un paciente con esclerosis múltiple, y ejemplifica cómo un equipo sanitario trabajando en estrecha colaboración puede obtener resultados satisfactorios en la evolución de las heridas y, sobre todo, mejorar el bienestar del paciente.

Palabras clave. Esclerosis Múltiple – Úlcera por Presión – Cuidados Paliativos.

Abstract

Advanced-practice nursing approach in multidisciplinary care of a popliteal fossa ulcer in a patient with multiple sclerosis.

Advanced multiple sclerosis requires a variety of disciplines to improve patient well-being.

This case describes the evolution of a chronic lesion in the popliteal fossa of a patient with multiple sclerosis. It is an example of how a healthcare team working closely together can achieve satisfactory results in wound progression and, above all, improve patient well-being.

Keywords. Multiple Sclerosis – Pressure Ulcer – Palliative Care.

INTRODUCCIÓN

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad degenerativa crónica, inflamatoria y autoinmune del sistema nervioso central (SNC) en la que se produce un daño en la cubierta de las fibras nerviosas (mielina) causando la desmielinización. Es una entidad muy heterogénea, de curso variable e impredecible, conocida como "la enfermedad de las mil caras". Es de predominio femenino ya que 3 de cada 4 personas afectadas son mujeres. Suele ocurrir en la etapa joven adulta, entre los 20 y los 40 años, si bien una de cada 4 personas diagnosticadas tiene menos de 20 años. Es la segunda causa de discapacidad que afecta a los jóvenes adultos, después de los accidentes de tráfico. En la actualidad aún no se conoce su etiología ni hay tratamiento curativo. La prevalencia de la EM en España es de más de 55.000 afectados, en Europa es de 1.200.000, y 2,8 millones de personas a escala mundial[1-2].

En las etapas más avanzadas de la EM los cuidados están dirigidos a las secuelas que se producen por el dolor, fatiga, degeneración cognitiva, degeneración muscular o pérdida de la funcionalidad entre otros, por lo que hay que tener en cuenta la posible aparición de las úlceras por presión (UPP) [3].

Otra complicación es la espasticidad, en la que se origina un aumento de la tensión muscular, hiperreflexia y movimientos exagerados en los tendones, limitando la movilidad y causando posturas incómodas[4].

Actualmente, los Cuidados Paliativos se proponen desde una fase más precoz de la enfermedad, de forma que el tratamiento paliativo va aumentando en frecuencia [5]. Sin embargo,

no hay que entender los Cuidados Paliativos como un abandono del paciente. En este sentido el tratamiento de las UPP y las curas que requieren deben ser óptimos.

El objetivo del caso es reportar el buen resultado de las curas prodigadas en una Unidad de Cuidados Paliativos sobre una herida en la que se había desestimado tratamiento alguno por considerarla definitiva y refractaria.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Antecedentes clínicos

Paciente varón de 62 años sin antecedentes médicos de interés ni hábitos tóxicos que sufre esclerosis múltiple avanzada de 35 años de evolución, que ingresa en la Unidad de Cuidados Paliativos, planteando un ingreso de respiro con posibilidad de dar de alta en caso de estabilidad clínica. Consciente en las tres esferas, orientado y alerta. RASS +1. Eupneico, hidratado y perfundido. Presentaba fragilidad, sarcopenia, desnutrición y caquexia severas, con imposibilidad de sedestación. Desde el último ingreso en su Hospital de referencia mantenía posición fetal con flexión extrema de miembros inferiores hacia el torso, y cierta lateralización de éste, secundaria a la intensa rigidez debida a lo avanzado de su enfermedad neurológica. Conservaba movilidad en miembro superior izquierdo y movilidad parcial en derecho.

Imagen 1. Situación al ingreso. Úlcera de grado IV con exposición de tendones en el hueco poplíteo derecho.

Estadio basal

En el informe de derivación se indicaba que presentaba una UPP grado IV, sin arteriopatía asociada, con exposición de tendones en el hueco poplíteo derecho, tejido de granulación y algún esfacelo, que ocasionaba dolor irruptivo intenso (EVA 10) que cedía con rescates de 3mg de morfina subcutánea. No se describía el tiempo de evolución, ni cómo se produjo esa lesión. El tratamiento hospitalario incluyó curas de povidona yodada líquida con gasas impregnadas, y la colocación de una almohada entre las piernas para evitar los roces (Imagen 1).

El paciente impresionaba de vivir en estado de negación de su situación. Se mostraba inquieto, triste y desmotivado por lo que, después de unos días en la Unidad y de estudiar su caso, nos replanteamos cambiar la estrategia terapéutica, ya que el pronóstico de vida del paciente era de meses.

Valoración inicial

Presentaba una UPP en el hueco poplíteo derecho de grado IV según el sistema de clasificación de la NPUAP/EPUAP [6], y atendiendo a la *DIP*[7] se categorizaba como grado III y etapa A; con afectación de los tendones. La extensión superficial de la lesión se cuantificó en 9 x 7 x 2,5 cm (largo x ancho x profundidad). El lecho de la herida presentaba tejido de granulación, sin esfacelos, con exudado moderado. La piel perilesional, según la escala FEDPALLA II[8], obtuvo un resultado de 25 puntos (Grado I: muy bueno). Es de resaltar que mantuvo buen control de la piel perilesional durante el resto de las curas.

Evolución y pauta de curas

Se inició tratamiento local, efectuando una limpieza de la herida con suero fisiológico. Se aplicó en el lecho de la herida pomada cicatrizante que contenía extracto de Centella asiática, y apósito hidrocelular con alginato e iones de plata. Se cubrió con gasas y apósito con lámina transparente. Se realizaba la cura dos veces a la semana. Se continuó utilizando almohadas como sistemas de apoyo.

Al mismo tiempo, se pautaron batidos hiperproteicos, con alto contenido en proteínas, arginina y micronutrientes, por su estado catabólico crónico. Y para la espasticidad, asociada a hipertonía, se comenzó tratamiento oral con diazepam, gabapentina y baclofeno, titulando las dosis en base a la respuesta motora. Hay que señalar que desde el inicio de estas curas no refirió dolor en esa zona, por lo que no precisó morfina ni ningún otro tipo de analgesia.

En la Imagen 2 se puede observar que a los tres días de iniciado este tratamiento ya había formación de nuevo tejido conjuntivo denso, rosáceo y sangrante, que empezaba a cubrir los tendones.

Imagen 2. Día 3. Tras inicio de las curas con apósito hidrocelular con alginato e iones de plata. Se observa formación de nuevo tejido conjuntivo.

Imagen 3. Día 21. Mejoría notable de la lesión, con el lecho más granulado, sin tejido esfacelar y con los bordes perilesionales sin macerar.

Tras 21 días de evolución de la lesión es notable la epitelización, se observa una disminución de la profundidad. Continúa el curso de la fase de granulación con predominio de tejido de granulación neoformado activo en el lecho de la lesión y con los bordes perilesionales sin macerar (Imagen 3).

Las reevaluaciones eran frecuentes para ver si se continuaba con la plata o se suspendía.

Después de 2 meses, y tras observar que el exudado era escaso, se decidió cambiar la pauta de la cura con otro tipo de apósito de plata. Se realizaba lavado con agua del grifo cuando era requerido. En el lecho de la herida se aplicaban apósitos de plata nanocristalina combinado con hidrogel; en la piel perilesional se empleaba unas veces óxido de zinc y otras, pomada cicatrizante con extracto de Centella asiática. Y se cubría con gasas y apósito con lámina transparente, efectuando la cura cada 48/72 horas. En la Imagen 4 se aprecia cómo la herida va evolucionando muy favorablemente 19 días después del cambio de tratamiento. Se observa la maduración del tejido de granulación y cómo se va remodelando el hueco poplíteo. Su tamaño ha disminuido considerablemente.

El cierre de la UPP se produjo a los 6 meses de tratamiento en un contexto de estabilidad clínica del paciente, por lo que fue dado de alta para continuar los cuidados en una residencia.

Imagen 4. Mejoría notable de la lesión 19 días después del cambio de tratamiento con apósitos de plata nanocristalina combinado con hidrogel. Se observa una maduración del tejido de granulación y mayor cierre de la herida.

DISCUSIÓN

Hemos presentado un caso clínico que ilustra la importancia del abordaje multidisciplinar para manejar este tipo de lesiones complejas. En la UCP se sigue el Modelo Integral de la atención al final de la vida, donde los cuidados paliativos, avanzados y especializados, están dirigidos a pacientes tanto oncológicos como no oncológicos[5]. Este era el caso de este paciente afecto de una enfermedad crónica avanzada como la EM, cuyo tratamiento paliativo no estuvo en contraposición a acciones curativas, lo cual permitió resolver una lesión que muy probablemente hubiese terminado en una momificación en el hueco poplíteo.

Por ejemplo, desde el punto de vista infeccioso el tratamiento de la UPP con apósitos de plata probablemente disminuyó la carga microbiana, aceleró el proceso de cicatrización y no apareció ninguna complicación que retrasara la evolución de la curación[9-12]. Salvo que hubo opiniones distantes de varias enfermeras contrarias al uso prolongado de los apósitos de plata y se ha demostrado, en este caso concreto, que ha sido beneficioso.

En lo referente al estado nutricional, el aporte extra de nutrientes desde el inicio de las curas resultó esencial para favorecer la cicatrización de la herida crónica[5].

Pero lo más relevante a destacar fue el abordaje emocional[5, 13]. Uno de los problemas primordiales era la situación de desahucio que experimentaba el paciente al saber que tenía una herida en la que "no se podía hacer nada" y que podía ser causa de infección grave; llegó a perder la esperanza por momentos, y tenía cambios de humor bastante frecuentes. El hecho de estar a su lado con nuestra presencia, el escucharle, el centrar la atención y el que contase cómo percibía la situación con su modo de ser le ayudó considerablemente, y mejoró no solo su estado clínico, sino también el anímico.

CONCLUSIONES

El tratamiento multidisciplinar es fundamental en este tipo de casos, así como la individualización del plan de cuidados, siendo muy necesaria la formación de los profesionales sanitarios. En este caso se priorizó el confort y los deseos del paciente, con lo que se consiguió mejorar su calidad de vida, además de ofrecer unos cuidados de calidad con los que se resolvió satisfactoriamente la lesión.

Bibliografía

[1] MARTÍNEZ JÚDEZ G, ALEGRE BUENO G, FRANCO LÓPEZ MA, GONZÁLEZ GRACIA ML, DILOY CASAMAYOR LM, GUTIÉRREZ LABORDA M. Esclerosis múltiple. Artículo monográfico. Rev Sanit Investig. 2024;5(4). Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/esclerosis-multiple-articulo-monografico-2/

[2] NOTA DE PRENSA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA (29 de mayo de 2023): La esclerosis múltiple afecta a más de 2,8 millones de personas en todo el mundo. Disponible en: https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link404.pdf

[3] FEDEMA. Autocuidado de personas afectadas de EM y sus cuidadores. Cuadernos de enfermería. FEDEMA. 2013. Disponible en: https://fedema.es/2014/01/10/cuaderno-de-enfermeria/

[4] DIARTE GARÓS D, ELGUEA SARTO L, GABANDÉ FANTOVA JD, HERNÁNDEZ ANTÓN R, RUIZ CLAVERO FJ, ANDRÉS ARTAL S. La espasticidad. Rev Sanit Investig. 2024;5(5). Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-espasticidad/

[5] ORIOLA MICÓ RM. Úlceras en el paciente paliativo y al final de la vida. ESHE. 2024

[6] Clasificación de las Úlceras por Presión (UPP) por COCEMFE- Castilla y León. Disponible en: https://cocemfecyl.files.wordpress.com/2014/03/evolucic3b3n-upp-cocemfe.jpg?w=770

[7] MANZOTTI RODRÍGUEZ AC, BRYANT R, LOZANO PLATONOFF A, SERENA TE, CONTRERAS RUIZ J. Proposal for a new pressure ulcer (pressure injury) classification base on Depth, Infection and Perfusion. Wound Central 2021;5:330-4. Disponible en: https://www.jwc-woundcentral.com/content/practice/proposal-for-a-new-pressure-ulcer-pressure-injury-classification-based-on-depth-infection-and-perfusion/

[8] PALOMAR LLATAS F, RUIZ HONTAGAS A, CASTELLANO RIOJA E, ARANTÓN AREOSA L, RUMBO PRIETO JM. Validación de la escala FEDPALLA-II para valoración y pronóstico de la piel perilesional en úlceras y heridas. Enferm Dermatol. 2019;13:43-51. Disponible en: https://riucv.ucv.es/handle/20.500.12466/972

[9] CUÑARRO ALONSO JM, MARTÍNEZ SÁNCHEZ P, PUERTA MORALES G, MUÑOZ GARCÍA L. Úlcera por presión isquiática con alto riesgo de deterioro de la piel perilesional. Smith&Nephew, 2017. Disponible en: https://www.formacionpararesidencias.es/portfolio/ulcera-presion-isquiatica-alto-riesgo-deterioro-la-piel-perilesional/

[10] PORTILLO GAÑÁN MJ, FORTEZA M. Abordaje multifactorial del tratamiento de una UPP en la zona poplítea de un paciente con espina bífida con crema barrera, plata nanocristalina, apósitos de cura en ambiente húmedo y terapia compresiva multicapa. Smith&Nephew, 2011. Disponible en: https://www.formacionpararesidencias.es/abordaje-multifactorial-del-tratamiento-de-una-upp-en-la-zona-poplitea-de-un-paciente-con-espina-bifida-con-crema-barrera-plata-nanocristalina-apositos-de-cura-en-ambiente-humedo-y-terapia-compresiv/

[11] CONSENSO INTERNACIONAL. Uso adecuado de los apósitos de plata en las heridas. Consenso del grupo de trabajo de expertos. London: Wounds International, 2012. Disponible en: https://woundsinternational.com/

[12] GARCÍA FERNÁNDEZ FP, SOLDEVILLA ÁGREDA JJ, PANCORBO HIDALGO PL, VERDÚ SORIANO J, LÓPEZ CASANOVA P, RODRÍGUEZ PALMA M, ET AL. Manejo local de las úlceras y heridas. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº III. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2018. Disponible en: https://gneaupp.info/manejo-local-de-las-ulceras-y-heridas/

[13] BÁTIZ CANTERA J. Hacia una Cultura Paliativa. Madrid: Fundación Pía Aguirreche. 2022.

Caso clínico de tropismo dérmico en leishmaniasis visceral

MARÍA JESÚS SAMANIEGO RUIZ, PhD[1]; JUAN ANTONIO FERNÁNDEZ GIL[1]; HUSEIN HUSEIN-ELAHMED, MD, PhD[2]

[1]ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORDESTE DE GRANADA – GRANADA – ESPAÑA

[2]DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGÍA – HOSPITAL DE BAZA – GRANADA – ESPAÑA

Autora para correspondencia: mariaje88@gmail.com

Recibido: 1 de noviembre de 2024 – Aceptado: 21 de abril de 2025

Resumen

La leishmaniasis visceral (LV) es una enfermedad causada por un protozoo a través de la picadura de un mosquito. La LV es una enfermedad infrecuente, sobre todo en los países desarrollados porque necesita personas con sistemas inmunológicos débiles, desnutrición, viviendas precarias. Se presenta el caso de una persona jubilada con enfermedad de Crohn. Varón procedente de Reino Unido que vino a vivir a una cueva del sur de España. Ingresó en medicina interna por ortopnea, edematización y aparición de hematomas espontáneos por todo el cuerpo. A las tres semanas, presentaba unas treinta lesiones cutáneas. Clínicamente desarrolló empeoramiento progresivo, con descompensación cardiaca y renal. Ante esta situación las pruebas complementarias se ampliaron, incluyendo la punción-aspiración de médula ósea que confirmó la leishmania. La descripción de este caso puede hacer una contribución a la literatura por la presentación atípica que presenta en este paciente, donde destacamos la importancia del reconocimiento temprano de los síntomas cutáneos para el tratamiento integral precoz.

Palabras clave. Leishmaniasis visceral – Úlcera cutánea – Informe de caso.

Abstract

Clinical case of dermal tropism in visceral leishmaniasis.

Visceral leishmaniasis (VL) is a disease caused by a protozoan through a mosquito bite. VL is a rare disease, especially in developed countries because it affects people with weak immune systems, malnutrition, and poor housing. The case of a retired man with Crohn's disease is presented. The man was originally from the United Kingdom and came to live in a cave in southern Spain. He was admitted to the Internal Medicine Department due to orthopnea, edema, and spontaneous hematomas all over his body. Three weeks later, he presented approximately 30 skin lesions. In the face of progressive clinical worsening with cardiac and renal decompensation, it was decided to perform a bone marrow aspiration, which confirmed leishmania. The description of this case may contribute to the literature due to the atypical presentation in this patient. We emphasize the importance of early recognition of skin symptoms for early comprehensive treatment.

Keywords. Visceral leishmaniasis – Skin ulcer – Case report.

INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis es una enfermedad causada por el protozoo leishmania, que es un parásito transmitido por la picadura del mosquito flebótomo hembra infectado. Se estima una incidencia anual de entre 700.000 y 1 millón de casos nuevos,[1] pero solo una pequeña parte de las personas infectadas acabarán desarrollando la enfermedad [2] porque se desarrolla en personas inmunocomprometidas, o en estado de desnutrición, habitantes de viviendas precarias, etc.

Existen tres formas principales: la que afecta a la piel, la que afecta a las mucosas, y la que afecta al cuerpo entero que se conoce como leishmaniasis sistémica o visceral.

La leishmaniasis visceral (LV) es la forma más grave ya que, en ausencia de tratamiento, suele ser mortal en más del 95% de los casos. Se caracteriza por episodios irregulares de fiebre, pérdida de peso, agrandamiento del bazo y del hígado, y anemia. El período de incubación suele ser de 2 semanas a 18 meses. Se estima que cada año se producen entre 50.000 y 90.000 casos nuevos en el mundo se esta forma de leishmaniasis. La mayoría de los casos ocurren en Brasil, África oriental e India.[1]

En Europa la leishmaniasis cutánea y visceral es endémica. En España y referido al año 2023, se notificaron 394 casos, de los que el 99% autóctonos (evolución que ha sido ascendente desde 2016). Las comunidades más afectadas

fueron Baleares, Murcia y Comunidad Valenciana, con una frecuencia de LV del 52,2%.[3]

La excepcionalidad de estos casos nos llevó a describir un caso de leishmaniasis visceral con el fin de comprender mejor la enfermedad y su manejo.

CASO CLÍNICO

Varón de 69 años autónomo para las actividades básicas de la vida diaria. Procede del extranjero y convive en una cueva con su mujer y perros.

Presenta antecedentes personales de enfermedad de Crohn, aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, espondiloartrosis y coxartrosis. En tratamiento inmunosupresor con infliximab, mesalazina, y azatioprina, además de atorvastatina y ácido acetilsalicílico.

Acudió a urgencias por disnea, donde se objetivó pancitopenia, por lo que se retiró la mesalazina y azatioprina, y se pautó prednisona y fumarato de formoterol dihidrato. Tras la persistencia de la disnea con tos con expectoración se suspendió infliximab, se añadió moxifloxacino y se reinició masalazina. Ante la persistencia de la disnea con ortopnea, edematización y aparición de hematomas espontáneos por todo el cuerpo es ingresado en medicina interna. La exploración clínica y radiológica, que incluyó una ecocardiografía en la que se objetivó una insuficiencia mitral ligera, no permitieron filiar el cuadro.

A las dos semanas, los hematomas derivaron en lesiones cutáneas (**Imagen 1**). A las tres semanas, presentaba más de 30 lesiones (**Imagen 2**).

Imagen 1. Lesiones cutáneas por leishmaniasis visceral.

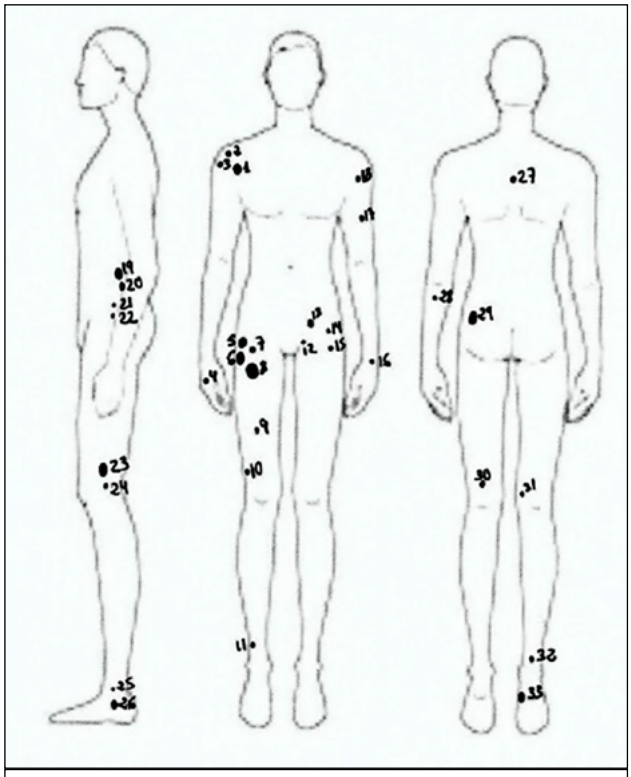


Imagen 2. Localización de las lesiones cutáneas por leishmaniasis visceral.

Clínicamente desarrolló empeoramiento progresivo, con descompensación cardiaca y renal. Ante esta situación se ampliaron las pruebas complementarias realizadas. El cultivo microbiológico de las lesiones no aportó información útil. El estudio anatomopatológico de las lesiones mostró reacción xantogranulomatosa y células gigantes multinucleadas junto con infiltrado linfoide sobre piel fibrótica que se extendía hasta hipodermis, con moderada paniculitis con CD68+, más fragmentación colágena y elastofagia, por lo que en el diagnóstico diferencial se incluyó el diagnóstico de pioderma gangrenoso. Sin embargo, la realización de una punción-aspiración de médula ósea confirmó el diagnóstico de infección por leishmania; merece resaltar que la PCR frente a leishmania realizado en la muestra de la biopsia cutánea resultó negativo. Ante este hallazgo se inició tratamiento con anfotericina B liposomal.

Imagen 3. Evolución a los 6 meses de las lesiones cutáneas por leishmaniasis visceral.

Al mes y medio del ingreso, el paciente se encontraba en una situación de dependencia severa con edemas generalizados, múltiples lesiones cutáneas e incapacidad para la bipedestación. Se realizó trabajo colaborativo con nefrología (broncodilatador), intensivista (betabloqueante), hematología (dos concentrados de hematíes), vascular (diuréticos), dermatología, infecciosos (anfotericina) y enfermería (cuidados y curas mediante desbridamiento y apósitos de cura en ambiente húmedo). Una vez completado el ciclo de tratamiento con anfotericina B liposomal, fue trasladado a una residencia para continuar con cuidados básicos. Al día siguiente de encontrarse en la residencia, ingresó en cuidados intensivos por empiema pulmonar derecho que precisó drenaje. Tras el abordaje holístico fue dado de alta a su domicilio donde se consiguió la resolución a los 6 meses con un tratamiento consistente en curas locales de las lesiones con fomentos de solución antimicrobiana de polihexanida-betaína, y apósitos de fibras o de espuma de poliuretano según el estado y exudado de la lesión (**Imagen 3**).

DISCUSIÓN

Hemos comunicado el caso de un paciente adulto inmunosuprimido y habitando en condiciones higiénicas mejorables que desarrolló la variante visceral de infección por leishmania.

La LV es una entidad infrecuentemente comunicada. De hecho, en Andalucía tan solo hemos hallado una publicación en 2010 en Sevilla, de un lactante de 18 meses que vivía en un ámbito rural en contacto con perros, cabras, etc.[4] Al igual que en nuestro caso, los perros son el principal reservorio zoonótico, factor que se sospechó en nuestro caso, pero no se confirmó. Apareciendo en otros reportes, como un caso que no tenía animales, pero sí había convivido con gente con perros.[5] Otro que refirió que había perros vagabundos que merodeaban cerca de su trabajo.[6] Asi, hay un caso que refirió que su perro había muerto a consecuencia de una leishmaniasis.[7]

Las publicaciones encontradas en España suelen reportarse en varones como en nuestro caso, encontrándose en España una frecuencia del 64,6% de leishmaniasis en hombres durante el 2023.[3] Así, los casos publicados coinciden en adultos como nosotros, siendo la edad media reportada en España de 54 años, aunque las incidencias más elevadas en el año 2023 se dieron en menores de 1 año.[3] Así, en 2023 se

publicó el caso de un varón inmunodeprimido de 35 años residente en Bilbao que consultaba por fiebre y malestar general. Era camarero, fumador de 5 cigarros al día, bebedor y consumidor habitual de hachís y ocasionalmente cocaína inhalada. Como antecedentes médicos de interés presentaba diabetes mellitus tipo 2.[5] Similar a otro caso en 2008 en una zona rural cerca de Madrid, de un varón de 41 años con antecedentes patológicos de polinosis con asma y nefrolitiasis. Fumador y bebedor ocasional, que consultó por fiebre sin focalidad, cefalea y escasa tos seca.[6] En 2006 se publicó otro caso en Madrid de un varón de 72 años, diabético y con colitis ulcerosa con fiebre de predominio vespertino de varios meses de duración, acompañado de astenia intensa y episodios ocasionales de sudoración profusa y escalofríos.[8] Estos casos,[5,8] han reportado que existe una mayor incidencia en pacientes diabéticos, no siendo así en nuestro caso. Los grupos de mayor riesgo suelen ser las personas inmunodeprimidas y los niños. Así en las publicaciones, se aprecia la presencia de factores que alteran el sistema inmunitario, ya que dos casos coinciden en la diabetes y otros dos en la presencia de hábitos tóxicos. Asimismo, hay un caso en un varón de 40 años VIH positivo.[7] A esto, habría que añadir la consideración de enfermedad inflamatoria intestinal aspecto que comparten el caso de Madrid y el nuestro.

En cuanto, a la sintomatología la mayoría presentaba persistencia de cuadro febril con predominio vespertino y hallazgo de pancitopenia;[5-6,8-9] siendo esta última común a todos los casos incluido el nuestro. En los casos reportados en lactantes además se apreció decaimiento con distensión abdominal con hepatoesplenomegalia.[4,9-10] A nivel cutáneo, en los lactantes se reportó palidez cutánea,[4,9] y en un caso adulto marcadas telangiectasias malares[8], y en otro pequeñas úlceras de fondo eritematoso y blando en pene.[6] A pesar de que la leishmaniasis visceral es una enfermedad caracterizada por un tropismo dérmico significativo, no ha sido un aspecto reportado en los casos; siendo la carga parasitaria cutánea consistentemente mayor que la carga parasitaria sanguínea.[11] En esta línea, se ha reportado un mayor número de casos notificados en los meses de invierno, probablemente debido al retraso diagnóstico de las formas cutáneas.[3]

El diagnóstico de la leishmaniasis visceral se basa en la combinación de signos clínicos y pruebas parasitológicas o serológicas.[1] De modo que, la mayoría obtuvieron serologías positivas.[4,9-10] Aunque en un caso, la ausencia de hallazgos en las pruebas complementarias llevó a solicitar un estudio de médula ósea donde se confirmó la leishmania,[5] como en nuestro caso. Y en otros fue por biopsia hepática[6] o estudio histopatológico tras colonoscopia.[8] Así, en uno de los casos el hallazgo se encontró al estudiar histológicamente un carcinoma epidermoide perianal, que posteriormente se confirmó con médula ósea.[7]

Otro aspecto a tener en cuenta, es la localidad. En los casos publicados, se han encontrado 1 en Andalucía,[4] 2 en Madrid,[6,8] 2 en Comunidad Valenciana,[7,10] 1 en Sevilla,[4] 1 en Bilbao,[5] y 1 en Zaragoza,[9] siendo el 50% de los casos notificados durante el 2023 en España en Andalucía, C. Valenciana y Madrid.[3] Por lo que, aunque la evolución varía según las regiones si se puede apreciar una consistencia en el tiempo en algunas comunidades que podría ayudar a su diagnóstico.

En relación al abordaje terapéutico, con la anfotericina B liposomal se consiguió la resolución en la mayoría de los casos,[5-7,9-10] encontrando un caso de LV refractaría a la anfotericina que requirió de un segundo ciclo añadiendo una séptima dosis,[4] y un caso que se trató con antimoniales pentavalentes.[8] En nuestro caso, también se utilizó la anfotericina B liposomal por ser el tratamiento con mayor eficacia y menor toxicidad para la LV.[12]

La leishmaniasis cutánea es la más común. Sin embargo, la visceral es la más grave, presentando síntomas que suelen ser sistémicos, como fiebre prolongada, pérdida de peso, anemia y esplenomegalia. Aunque, en algunos casos, antes de que estos síntomas sistémicos aparezcan, puede formarse un granuloma primario en la piel.[13] Por tanto, la presencia de pápulas, nódulos o úlceras nos pueden ayudar en el diagnóstico temprano de la LV.

Las investigaciones futuras deberían centrarse en estudiar cómo se manifiesta esta enfermedad a nivel cutáneo en sus primeras fases para facilitar el diagnóstico precoz, y cómo la piel podría prevenir la replicación del parásito; centrándose en comprender cómo el parasitismo de la piel del huésped y el microambiente inmunitario relacionado favorece o previene la replicación cutánea del parásito.

CONCLUSIÓN

La leishmaniosis en humanos en su forma sistémica puede llevar a complicaciones mortales, aunque las tasas de recuperación son altas si se lleva a cabo un abordaje adecuado. La sospecha clínica es fundamental para su diagnóstico, por lo que el reconocimiento temprano de los síntomas cutáneos va a ser clave para el tratamiento integral precoz.

CONFLICTOS DE INTERESES: NINGUNO

El paciente consintió la publicación de las fotografías y la publicación del caso obtuvo un informe favorable por el Comité de Ética de Investigación Biomédica provincial de Granada.

Bibliografía

[1] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Leishmaniasis, https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis; 2023 [consultada el 23 marzo de 2024].

[2] MONTANER-ANGOITI E, LLOBAT L. Is leishmaniasis the new emerging zoonosis in the world? Vet Res Commun. 2023;47(4):1777-9. http://doi.org/10.1007/s11259-023-10171-5

[3] CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA. Instituto de Salud Carlos III. CIBERESP. Informe epidemiológico sobre la situación de la leishmaniasis en España. Año 2023. Madrid: Red Nacional de Vigilancia Epidemiología, https://higieneambiental.com/sites/default/files/images/control-plagas/informe_renave_leishmania_2023.pdf; 2023 [consultada el 07 agosto de 2024].

[4] OLBRICH P, HURTADO MINGO A, BALTASAR NAVAS C, ANCHÓRIZ ESPOSITO M, NETH O. Manejo diagnóstico y terapéutico de un niño afecto de una Leishmaniasis visceral refractaria al tratamiento con Anfotericina B liposomal. Vox Paediatrica 2010; 17(2):63-66

[5] Momeñe-Rojas N, Pereda-Barroeta J, Villamandos-Tellaeche E, Díaz-Fernández M, Franco-Vicario R. Leishmaniasis visceral en paciente inmunocompetente. Rev Esp Casos Clin Med Intern [Internet]. 31 de agosto de 2023 [citado 7 de mayo de 2024];8(2):77-9. DOI: https://doi.org/10.32818/reccmi.a8n2a6

[6] CABALLERO SÁNCHEZ M, ARANDA GARCÍA Y, REVIRIEGO JAÉN G. Leishmaniasis visceral en paciente inmunocompetente. Diagnóstico diferencial de la fiebre de origen desconocido. SEMERGEN. 2008;34(6):303-7. DOI: 10.1016/S1138-3593(08)71908-7

[7] ARMENGOT-CARBÓ M, CARMENA-RAMÓN R, RODRIGO-NICOLÁS B, FERRANDO-MARCO J. Leishmaniasis visceral insospechada infiltrando un carcinoma epidermoide. Actas Dermosifiliogr. 2012; 103 (4): 321-323. DOI: 10.1016/j.ad.2011.04.016

[8] LÓPEZ COTÓN S, REDONDO FERNÁNDEZ R, MANZANO ESPINOSA L. Leishmaniasis visceral: a propósito de un caso de fiebre de origen desconocido. SEMERGEN. 2006;32(1):41-2. DOI: 10.1016/S1138-3593(06)73217-8

[9] SANGRÓS GIMÉNEZ A, SUBIRÓN ORTEGO R, GUERRERO LALEONA C, DE ARRIBA MUÑOZ A, BUSTILLO ALONSO M. Leishmaniasis visceral pediátrica. A propósito de un caso. 2018;48(1): 85-87

[10] PALOMARES GIMENO MJ, SEGURA NAVAS L, RENAU SOLAZ S, BUENO CLAROS D. Leishmaniasis cutáneo-visceral, sospecharla para diagnosticarla. Rev Pediatr Aten Primaria. 2020; 22(85): 49-53.

[11] ARUMUGAM S, SCORZA BM, PETERSEN C. Visceral Leishmaniasis and the Skin: Dermal Parasite Transmission to Sand Flies. Pathogens. 2022;11(6):610. https://doi.org/10.3390/pathogens11060610

[12] MONGE-MAILLO B, LÓPEZ-VÉLEZ R. Anfotericina B liposomal en el tratamiento de la leishmaniasis visceral. Rev Iberoam Micol. 2021;38(2):101-4. http://doi.org/10.1016/j.riam.2021.04.002

[13] ARÓSTEGUI AGUILAR J, DIAGO A, CARRILLO GIJÓN R, ET AL. Granulomas en dermatopatología: principales entidades: Parte I. Actas Dermo-sifiliográficas. 2021; 112: 682-704.

¿Herida compleja? ¡Tratamiento complejo!

MIGUEL MELLADO SANZ

ENFERMERO DE PRÁCTICA AVANZADA EN HERIDAS – HERIDEA – PALENCIA

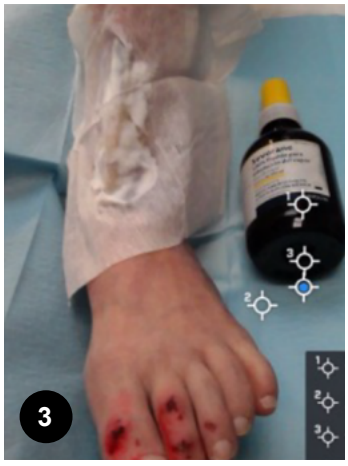
Autor para correspondencia: Heridea.ea@gmail.com

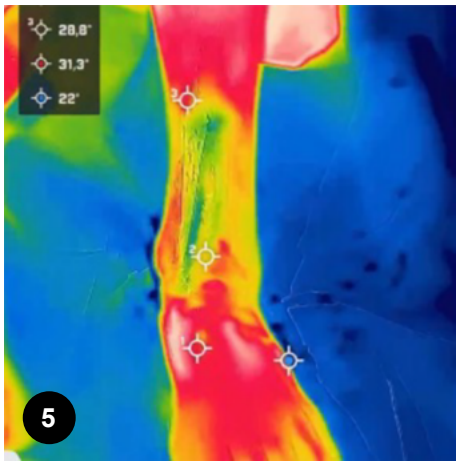
Recibido: 18 de abril de 2025 – Aceptado: 30 de abril de 2025

Úlcera pretibial con exposición tendinosa iatrogénica (**Imagen 1**) por yeso cerrado e inmovilización tras fractura bimaleolar de tobillo en paciente varón diabético y fumador con arteriopatía periférica severa no conocida (arterias calcificadas y sin pulsos palpables distales; ITB 0,52).

Derivado por parte de servicios de traumatología y cirugía vascular a consulta de enfermería avanzada para valoración. El tratamiento multimodal aplicado incluyó bioestimulación física con K-láser de alta intensidad en espectro de ventana óptica (**Imagen 2**) mientras se trataba con fomentos de sevoflurano en técnica invernadero (**Imagen 3**), lo cual fue seguido de fomentos de solución ácida electrolizada de flujo controlado y curetaje de lecho con instilación de microesferas de poliestileno con carga negativa para posteriormente colocar una terapia de presión negativa ambulatoria (**Imagen 4**). El proceso se realizó bajo control de pH y temperatura (**Imagen 5**).

Ante la mejoría evolutiva del lecho, se realizó cobertura con injerto mallado dermoepidérmico (**Imagen 6**), con lo que finalmente se logró el cierre completo tras 32 días desde el inicio del tratamiento. ●





CONFLICTOS DE INTERÉS: El paciente concedió permiso para la publicación de las imágenes.

Normas de publicación

Revista de la Sociedad Española de Heridas

La revista HERIDAS Y CICATRIZACIÓN es el Órgano Oficial de la Sociedad Española de Heridas (SEHER) y tiene como finalidad la publicación de temas originales relacionados con las heridas en cualquiera de sus formas y está dirigida a todos los profesionales sanitarios interesados en este tema.

La revista HERIDAS Y CICATRIZACIÓN se publica con una periodicidad trimestral con cuatro números anuales. De forma excepcional el comité de redacción puede publicar números adicionales en forma de suplemento.

Los trabajos serán enviados por correo electrónico a la dirección: *revista@seheridas.org*

LA REVISTA HERIDAS Y CICATRIZACIÓN PUBLICA ARTÍCULOS EN RELACIÓN A LAS SIGUIENTES SECCIONES

- **Estado actual de:** Se trata de artículos de revisión sobre temas relevantes y de actualidad en cualquier campo relacionado con las heridas.
- **Mi experiencia multidisciplinaria en:** Artículos en los que se expondrá la experiencia de trabajo en equipo en el abordaje de diferentes tipos de heridas.
- **Artículos originales:** En relación a trabajos de investigación básica o clínica relacionados con las heridas, cicatrización.
- **Caso clínico:** Artículos sobre casos clínicos de interés.
- **La imagen:** Se publicarán imágenes de interés relacionadas con procesos mórbidos de heridas.

El contenido de los artículos, la procedencia de las ilustraciones o fotografías son responsabilidad del autor. Ni la empresa que edita la revista, ni el Comité Editorial se hacen responsables del material publicado, ni tampoco apoyan o garantizan cualquier de los productos que en forma de publicidad aparezcan anunciados.

Los trabajos recibidos serán remitidos a los revisores que se asignen y tras oír su consejo se considerará el trabajo aceptado, para revisar o rechazar, informándose al autor de la decisión tomada. Cada número de la revista se editará según acuerdo del Comité de Editorial con artículos aceptados siguiendo las recomendaciones de los revisores correspondientes. El Comité Editorial puede acordar, por razones técnicas, la reducción del trabajo, así como la disminución del número de fotos y/o gráficas. En este caso se comunicará al autor para saber si acepta o declina la publicación. Los trabajos pueden llevar al final el comentario científico de uno o varios especialistas en el tema. Dicha opinión no implica vinculación por parte del comité de redacción.

La revista HERIDAS Y CICATRIZACIÓN adquiere la propiedad de todo el material que se publique en la misma por lo que no podrá ser reproducido sin el permiso expreso de la revista. El comité de redacción no garantiza la devolución de los artículos rechazados. **La revista HERIDAS Y CICATRIZACIÓN** declina la responsabilidad sobre cualquier conflicto que se genere en relación a la propiedad intelectual del trabajo.

La revista HERIDAS Y CICATRIZACIÓN se adhiere a las normas establecidas por los «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas», editadas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (antes «Grupo Vancouver»).

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores tienen la obligación de comunicarnos por escrito cualquier apoyo financiero y conflicto de intereses que tengan relacionados con el artículo publicado en **la revista HERIDAS Y CICATRIZACIÓN**.

Conflicto de intereses: estarán mencionados en el artículo publicado. (Ej: financiado por..., pago a la institución, becas, regalo de mercancías: medicamentos, equipamiento, gastos de viaje, testimonio de experto, consultoría,honorarios).

REMISIÓN DE TRABAJOS

Los trabajos remitidos en español vendrán mecanografiados en programa informático de procesador de texto Word (Windows) en página adaptada a DIN A4 (210x297) con 3 cm en sus márgenes superior, inferior, derecho e izquierdo, mecanografiado a doble espacio, con una fuente de letra ARIAL y un tamaño de fuente de 12. **Las ilustraciones** deberán ser en color y formato JPG ó TIFF.

En la remisión se adjuntará una carta en la cual se manifieste por parte del autor que el trabajo no ha sido publicado ni enviado a otra revista. En caso de enviar fotos relacionadas con pacientes, además se adjuntará una carta certificando el primer autor que ha conseguido el permiso de publicación por parte de los pacientes.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Página inicial

Constará de título completo en español y en inglés. Relación de autores con nombre y dos apellidos. Centro de trabajo de todos los firmantes. Nombre del autor y dirección electrónica con el que se mantendrá correspondencia. En caso de haber recibido ayudas o subvenciones que hayan sido utilizadas en la realización de trabajo, se indicarán al pie de página.

Resumen del trabajo

En la segunda página se enviará un resumen en español y traducido al inglés con un contenido entre 200 y 400 palabras. No se admiten abreviaturas, siglas o referencias bibliográficas. Podrá dividirse en secciones (material y métodos, resultados, etc.). Se incluirán «palabras claves» en un máximo de cuatro y según la lista del Medical Subject Headings del Index Medicus.

El trabajo

Publicado en español, debe observar las normas de ortografía y sintaxis propias del idioma. El contenido debe ser claro y conciso, en relación al tema expuesto. No se aconseja el uso de abreviaturas o siglas. En caso de uso debe, la primera vez que aparezca reflejado el término, ser escrito en su totalidad y entre paréntesis las siglas, pudiéndose utilizar posteriormente. Ejemplo: Epidermal Growth Factor (EGF), Factor de Crecimiento Epidérmico (FCE).

En el texto se distinguirá

- **INTRODUCCIÓN:** Se describirán las bases de conocimiento en relación al trabajo.
- **MATERIAL Y MÉTODO:** De forma clara y con detalle se hace referencia al material empleado (pacientes, animales de experimentación) y las técnicas realizadas. En las técnicas estadísticas se describirá el programa informático y el tratamiento aplicado.
- **RESULTADOS:** los datos cuantitativos se deberán incluir en tablas o gráficas para evitar sobrecargar el texto. Las tablas y gráficas se numerarán por orden de citación en el texto. Se llevará una numeración diferente para tablas y otra para gráficas.
- **DISCUSIÓN:** Concisa, se hace referencia a los hallazgos encontrados y compararlos con los referidos por otros autores.
- **CONCLUSIÓN:** debe ser breve y clara.
- **AGRADECIMIENTOS:** Se nombrará aquellas personas o instituciones que hayan colaborado en la realización del trabajo.

Bibliografía

Las citas bibliográficas se incluirán en el texto entre paréntesis y superíndice, numeradas en orden de aparición y con arreglo a la siguiente sistemática: Artículos de revistas: Se incluirán dos apellidos y las iniciales del nombre de todos los autores del trabajo. El título del trabajo, las iniciales de la revista y el año, volumen y número de página inicial y final. Ejemplo: García Sánchez LA, González Rodríguez, Pérez Giménez RA, Vicente Esteban J. Heridas crónicas del adulto. *Heridas*, 2010; 15: 127-135.

Libros: Salido J. Tratado de heridas. St. Louis: Quality Medical Publising, Inc., 1987: 435-449.

Capítulos de libros: López Ruiz P, García Fraile J. Tratamiento de heridas crónicas. En Pérez S. Manual de Heridas. Vol III. Editor: Richard H. Gelberman. Ed.J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1890: 1275-1299.

Artículos en formato electrónico: se citarán igual que el artículo de revista, incluyendo además la dirección electrónica de la revista.

Ilustraciones

Las fotografías remitidas en formato JPG o TIFF corresponderán con las originales y no se procesarán por ningún programa de tratamiento de imágenes que retoque o mejore la calidad de las mismas. En caso de fotografías denominadas «antes y despué » se tomarán en la misma posición y lugar y con la misma intensidad lumínica. Las microfotografías deberán tener al margen una barra de escala que nos permita saber cual es su tamaño. Los dibujos deberán ser originales y realizados en tinta en blanco y negro o en color, preferentemente en tinta china, escaneados y remitidos en formato JPG o TIFF. A continuación de la bibliografía y en una página aparte se escribirá la relación numérica y su leyenda correspondiente a las fotografías y dibujos. En caso de reproducir material gráfico debe obtenerse el permiso del autor y citar su procedencia.

Tablas y Gráficas

Cada tabla y cada gráfica debe de ser presentada en una sola página. Estas se numerarán por separado unas de otras. **Tablas:** Enmarcadas en liso y sin sombras se presentarán sin líneas interiores ni horizontales ni verticales. En el pie se pone el orden que ocupa en número romano (Tabla I) y el comentario. **Gráficas:** Deben remitirse en color evitando el blanco gris y negro, de forma que se observe claramente los distintos sectores de la gráfica. En la base de la gráfica se colocará el número de orden (Gráfica 1). Seguido del título de la gráfica y de los comentarios que precise.

ESTADO ACTUAL DE/MI EXPERIENCIA MULTIDISCIPLINARIA EN

Se deja a la libre elección de los autores el diseño de estos trabajos. Se respetará el modo de citación bibliográfica indicado para los artículos originales.

CASOS CLÍNICOS

Se realizará una breve exposición del caso clínico y las pautas de tratamiento seguidas indicando los motivos de elección de las mismas así como el resultado obtenido.

seher

Sociedad Española de Heridas

www.seheridas.org

síguenos en